

Université de Montréal

Modèle d'intervention d'une équipe de première ligne  
en santé mentale : une étude de cas

Par  
Claire Page

Département de psychiatrie  
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
En vue de l'obtention du grade de  
Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en sciences biomédicales

Juin, 2007

© Claire Page, 2007



W  
4  
U58  
2007  
v.116

## AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

## NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

## Identification du Jury

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Modèle d'intervention d'une équipe de première ligne  
en santé mentale : une étude de cas

présentée par  
Claire Page

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Richard Boyer  
Président-rapporteur

Alain Lesage  
Directeur de recherche

Nicole Ricard  
Codirectrice

Raynald Pineault  
Membre du jury

Chantal Viens  
Examinatrice externe

Pierre-Paul Rompré  
Représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le : 18 septembre 2007



## SOMMAIRE

L'implantation d'équipes de santé mentale dans les CLSC représente un élément important pour améliorer l'accessibilité des services de santé mentale de première ligne, ce qui constitue une priorité ministérielle au Québec. Les défis qui se posent à ces équipes apparaissent énormes si l'on tient compte de l'ampleur, de la diversité et de la complexité des besoins à satisfaire, ainsi que du nombre élevé de partenaires à impliquer avec cohérence sur un *continuum* de services. Or, la plupart de ces équipes se développent surtout par essais et erreurs, en l'absence de modèles bien définis. Le but de cette étude qualitative était de soutenir une équipe de santé mentale de première ligne en CLSC dans un processus d'énonciation de son modèle d'intervention et, éventuellement, de consolidation ou d'amélioration de ce modèle.

Inspirée d'une approche constructiviste, soit l'*Évaluation de quatrième génération* (Guba et Lincoln, 1989), le processus réalisé dans cette étude se répartit sur cinq étapes. Premièrement, les membres de l'équipe ont apporté leurs points de vue sur leur modèle d'intervention lors d'entrevues individuelles. Ces données leur ont été retournées sous forme d'un premier énoncé de modèle et d'une synthèse des aspects satisfaisants, insatisfaisants ou à améliorer. Deuxièmement, les points de vue de la majorité des partenaires de l'équipe ont été recueillis et présentés aux membres de l'équipe. Troisièmement, des notions théoriques et des précisions susceptibles d'apporter un éclairage utile sur les points litigieux ont été regroupées dans une synthèse, laquelle a été soumise aux membres. Quatrièmement un deuxième cycle d'entrevues individuelles auprès de ces derniers a été réalisé afin de consolider ou d'améliorer si possible le modèle à la lumière de toute l'information disponible. Cinquièmement, les membres ont participé à une série d'entrevues de groupe visant à établir un consensus sur l'énoncé du modèle. En tout, 43 entrevues (19 individuelles et 24 de groupe) ont été réalisées, donnant l'occasion à 58 répondants de s'exprimer.

Un modèle d'intervention consensuel a été énoncé. Cependant, celui-ci apparaît moins précis, moins explicite et moins novateur que ce à quoi on aurait pu s'attendre compte tenu de l'assiduité de la démarche effectuée. De plus, peu de changements ont été observés entre le premier cycle et le deuxième cycle d'entrevues individuelles réalisées auprès des membres. Le modèle met l'accent sur le respect de la personne et sur l'appropriation de son pouvoir d'agir. Vu la multitude des situations, aucune approche n'est spécifiquement retenue, sauf l'approche systémique et l'éclectisme qui laisse place aux particularités et aux préférences des intervenants. Transposer les avancées *technologiques* dans la pratique a peu retenu l'attention des membres. Les résultats mettent en évidence de nombreux paradoxes risquant de se poser comme écueils à l'évolution des équipes de santé mentale. Il semble que l'ambiguïté entourant les rôles, les responsabilités et les pratiques de ces équipes persiste en dépit des principes bien établis pour orienter la transformation des services et les efforts considérables fournis par des professionnels chevronnés pour les appliquer. Cette expérience suggère de reproduire une démarche semblable, mais au niveau provincial plutôt que local ou régional.

Mots clés : équipe de santé mentale, service de première ligne, modèle d'intervention.

## SUMMARY

The establishment of Stations of Community Mental Health Teams (in CLSC) represents an important part of improving the accessibility to primary care setting, which is a ministerial priority in Quebec. The challenge here for those teams seems huge if we consider the magnitude, the diversity and the complexity of the needs to be met, as well as to involve a high number of partners with consistency on a continuum of services. Therefore, in the absence of well defined patterns, most of those teams are mostly developed by a process of “tests and mistakes”. The goal for this qualitative research was to support a community mental health team, in CLSC, in the statement process of its intervention pattern and possibly, the consolidation or the enhancement of the pattern.

Inspired by a constructivist methodology, being the Fourth Generation Evaluation (Guba & Lincoln, 1989); the process developed in that study is divided into five different steps. First, the team members have indicated their position on their intervention pattern during the individual meetings. That information was given back to them as a first pattern statement and a synthesis of the aspects : satisfactory, unsatisfactory or to be improved. Secondly, the view points of the majority of the team partners were gathered and presented to the team members. Thirdly, some theoretical notions and some precisions, likely to bring a new light on the contentious points, were gathered in a synthesis, which was submitted to the members. Fourthly, a second round of individual meetings with them was made to consolidate and to improve, if possible, the pattern in the light of all the information available. Fifthly, the members have participated in a series of group meetings which goal was to establish a consensus on the pattern statement. Overall, 43 meetings (19 individual meetings and 24 group meetings) took place, allowing 58 respondents to express themselves.

A consensual intervention pattern was stated. However, this one appears less explicit and less innovative than to what we would have expected considering the accuracy of the process that has been put in place. Furthermore, few changes were detected between the first and the second individual meetings made in collaboration with the members. This pattern focuses on the respect of the person and on his or her faculty to take action. Given the multitude of situations, no approach is specifically selected, except for the systemic and eclectic approach which leaves room to the special features and to the caregiver preferences. To adapt the technological projections on a day to day basis was not chosen by the members. The results bring out a lot of paradoxes that might stand in the way of the mental health teams’ development. It seems that the ambiguity surrounding the teams’ roles, responsibilities and applications persists despite the well established values to position the transformation of the services as well as the considerable efforts provided by the experienced professionals to enforce them. This experience suggests replicating a similar approach, at the provincial level instead of the local.

Key words : community mental health team, primary care setting, intervention pattern.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>IDENTIFICATION DU JURY .....</b>	<b>II</b>
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>III</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>VIII</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>IX</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>X</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>XI</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>XIII</b>
<b>CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS .....</b>	<b>10</b>
BESOINS DE SANTÉ MENTALE.....	11
<i>Groupes visés .....</i>	<i>11</i>
<i>Besoins en matière de prévention et de promotion.....</i>	<i>12</i>
<i>Besoins des personnes atteintes de troubles mentaux transitoires (ou modérés).....</i>	<i>13</i>
<i>Besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves.....</i>	<i>14</i>
<i>Partage des responsabilités entre les différents niveaux de services .....</i>	<i>17</i>
ÉQUIPES MULTIDISCIPLINAIRES DE SANTÉ MENTALE DANS LA COMMUNAUTÉ .....	22
<i>Définition du concept d'équipe multidisciplinaire de santé mentale dans la communauté.....</i>	<i>23</i>
<i>Avantages et limites associés aux équipes de santé mentale dans la communauté .....</i>	<i>25</i>
<i>Conditions favorables au succès des équipes de santé mentale dans la communauté .....</i>	<i>29</i>
<i>Besoins de recherche.....</i>	<i>33</i>
ÉTUDE DE CAS INSPIRÉE DE L'ÉVALUATION DE QUATRIÈME GÉNÉRATION .....	34
<b>CHAPITRE 3 CHOIX MÉTHODOLOGIQUES.....</b>	<b>37</b>
STRATÉGIE DE RECHERCHE : ÉTUDE DE CAS INSPIRÉE PAR L'ÉVALUATION DE QUATRIÈME GÉNÉRATION .....	38
<i>Étude de cas : un modèle d'intervention .....</i>	<i>38</i>
<i>Contexte faisant appel à une évaluation de type formative .....</i>	<i>40</i>
<i>Paradigme constructiviste : évaluation de quatrième génération.....</i>	<i>40</i>
<i>Processus dialectique herméneutique .....</i>	<i>42</i>
<i>Transposition de l'évaluation de quatrième génération.....</i>	<i>43</i>
<i>Enrichissement du processus par des données quantitatives .....</i>	<i>45</i>
PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE .....	45

<i>Recrutement du milieu de recherche</i> .....	45
<i>Participants</i> .....	47
<i>Données sur la clientèle suivie</i> .....	48
<i>Outils de recherche</i> .....	49
<i>Déroulement de l'étude</i> .....	50
<i>Procédures d'analyse des données</i> .....	62
<b>CRITÈRES DE RIGUEUR</b> .....	65
<i>Crédibilité</i> .....	65
<i>Transférabilité</i> .....	67
<i>Fiabilité</i> .....	68
<i>Confirmation</i> .....	68
<i>Authenticité</i> .....	68
<b>CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES</b> .....	69
<b>CHAPITRE 4 ANALYSES ET RÉSULTATS</b> .....	71
<b>HISTOIRE DE L'ÉQUIPE DE BASE SANTÉ MENTALE</b> .....	73
<b>CARACTÉRISTIQUES DES CLIENTÈLES DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DU CLSC ENTRE LE MOIS DE JANVIER ET LE MOIS DE JUIN DES ANNÉES 2001 ET 2004</b> .....	76
<b>PREMIÈRE ÉTAPE : MODÈLE D'INTERVENTION SELON LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE</b> .....	79
<i>Construction initiale du modèle d'intervention</i> .....	80
<i>Aspects susceptibles de faire l'objet d'une consolidation éventuelle</i> .....	85
<i>Réflexions de la chercheuse durant cette première étape</i> .....	109
<i>Résumé des données récoltées à la première étape</i> .....	117
<b>DEUXIÈME ÉTAPE : MODÈLE D'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE SELON LES PARTENAIRES</b> .....	118
<i>Aperçu du modèle selon les partenaires</i> .....	119
<i>Attentes exprimées par des partenaires</i> .....	120
<i>Réflexions de la chercheuse durant cette deuxième étape</i> .....	144
<i>Résumé des données récoltées à la deuxième étape</i> .....	146
<b>TROISIÈME ÉTAPE : PERSPECTIVES SUSCEPTIBLES D'ENRICHIR LES RÉFLEXIONS</b> .....	147
<i>Ampleur du défi</i> .....	148
<i>Critères généralement associés aux services de base et aux services spécialisés</i> .....	149
<i>Modèles de suivis dans la communauté</i> .....	149
<i>Besoins et clientèles ciblés</i> .....	152
<i>Traitements et approches thérapeutiques</i> .....	154
<i>Interdisciplinarité et partenariat</i> .....	159
<i>Réflexions de la chercheuse durant cette troisième étape</i> .....	161
<b>QUATRIÈME ÉTAPE : MODÈLE D'INTERVENTION RECONSIDÉRÉ PAR LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE</b> .....	163
<i>Préciser un modèle d'intervention : un intérêt marqué par des hésitations et des contraintes</i> .....	164
<i>Consolidation des points de vue</i> .....	167

<i>Réflexions de la chercheuse durant cette quatrième étape.....</i>	<i>194</i>
<i>Résumé des données récoltées à la quatrième étape.....</i>	<i>197</i>
CINQUIÈME ÉTAPE : RECHERCHE DE CONSENSUS ENTRE LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE .....	198
<i>Processus de négociations.....</i>	<i>200</i>
<i>Réflexions de la chercheuse durant cette cinquième étape.....</i>	<i>220</i>
<i>Résumé des rencontres de recherche de consensus, la cinquième étape.....</i>	<i>223</i>
<i>Modèle d'intervention issu du consensus entre les membres de l'équipe.....</i>	<i>224</i>
ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE RÉALISÉE .....	243
<i>Points de vue des membres de l'équipe.....</i>	<i>243</i>
<i>Réflexion de la chercheuse à la suite de l'entrevue portant sur l'apport de la démarche réalisée dans l'étude.....</i>	<i>249</i>
<b>CHAPITRE 5 DISCUSSION .....</b>	<b>251</b>
ÉVOLUTION DE L'INTERVENTION DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE : UN MONDE DE PARADOXES ET D'AMBIGUÏTÉ .....	254
<i>Modèle d'intervention en lien avec les contours des niveaux de services comme repères .....</i>	<i>255</i>
<i>Paradoxes.....</i>	<i>263</i>
CONTEXTE PARTICULIER DE L'INTERVENTION DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE .....	264
<i>Définition très large des besoins : un obstacle possible à la consolidation de l'intervention.....</i>	<i>264</i>
PLACE DES TECHNOLOGIES DANS UNE PERSPECTIVE D'INTERVENTION GLOBALE, ÉCLECTIQUE ET RÉFLEXIVE .....	268
<i>Utilisation des avancées technologiques dans un contexte de soins génériques .....</i>	<i>268</i>
<i>Importance attribuée à la personnalité et primauté de la relation.....</i>	<i>273</i>
<i>Accent sur le soutien psychosocial .....</i>	<i>274</i>
<i>Collaborations.....</i>	<i>277</i>
CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES À PARTIR DES ÉCRITS SUR L'INNOVATION .....	282
<i>Micro-implantation et macro-implantation simultanées .....</i>	<i>283</i>
<i>Éclairage apporté par des modèles théoriques à la base du changement.....</i>	<i>285</i>
<i>Éclairage apporté par un modèle basé sur les degrés d'ambiguïté et de conflit du changement à implanter .....</i>	<i>291</i>
LIMITES ET UTILITÉ DE L'ÉTUDE .....	295
<i>Limites de l'étude .....</i>	<i>295</i>
<i>Utilité de l'étude pour l'équipe en santé mentale de première ligne.....</i>	<i>297</i>
<i>Utilité de l'étude pour les instances décisionnelles au niveau provincial, régional et local.....</i>	<i>298</i>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>306</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>310</b>

## LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Projet de recherche proposé à l'équipe de base en santé mentale.....	xiv
ANNEXE 2	Guide de la première entrevue individuelle auprès des membres de l'équipe (étape 1).....	xxviii
ANNEXE 3	Formulaire de consentement (membres de l'équipe).....	xxx
ANNEXE 4	Exemple de lettre invitant à valider le contenu des synthèses des entrevues auxquelles les membres de l'équipe ont participé.....	xxxiv
ANNEXE 5	Lettre de convocation des membres de l'équipe à l'entrevue de groupe (étape 1).....	xxxvi
ANNEXE 6	Guide d'entrevue réalisée auprès des partenaires (étape 2).....	xxxviii
ANNEXE 7	Formulaire de consentement (partenaires).....	xl
ANNEXE 8	Lettre de convocation des membres de l'équipe à l'entrevue de groupe (étape 2).....	xlili
ANNEXE 9	Lettre de convocation des membres de l'équipe à l'entrevue de groupe (étape 3).....	xlvi
ANNEXE 10	Extrait du document <i>Synthèse des données récoltées sur le modèle d'intervention de base en santé mentale (septembre 2003)</i> .....	xlvi
ANNEXE 11	Lettre de convocation des membres de l'équipe à l'entrevue individuelle (étape 4).....	xlix
ANNEXE 12	Lettre de convocation des membres de l'équipe à l'entrevue de groupe (étape 5).....	li
ANNEXE 13	Extrait du document <i>Modélisation de l'intervention d'une équipe de base en santé mentale en CLSC et éléments à considérer dans la recherche d'un consensus (2004)</i> .....	liii
ANNEXE 14	Extrait du <i>Guide de préparation pour la première réunion de recherche de « consensus » (2004)</i> .....	lviii
ANNEXE 15	Extrait du document <i>Définition du modèle d'intervention : Synthèse de la rencontre d'équipe pour la recherche de consensus (2004)</i> .....	lxvi
ANNEXE 16	Lettre de convocation des membres à l'entrevue d'appréciation du processus de recherche.....	lxx
ANNEXE 17	Guide d'entrevue de la dernière rencontre : appréciation du processus de recherche.....	lxxii
ANNEXE 18	Unités de codification de départ.....	lxxvi
ANNEXE 19	Certificat d'éthique.....	lxxviii

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Liens entre les étapes proposées par Guba et Lincoln (1989) et l'étude.....	44
TABLEAU 2	Déroulement chronologique des étapes du déroulement des entrevues.....	52
TABLEAU 3	Étapes de l'analyse des données et textes produits.....	66
TABLEAU 4	Profil des membres de l'équipe et participations à chacune des étape.....	75
TABLEAU 5	Caractéristiques des clientèles vues par les services de santé mentale du CLSC entre le mois de janvier et le mois de juin des années 2001 et 2004.....	77
TABLEAU 6	Services offerts par l'équipe de base Santé mentale du CLSC.....	232

## LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	Étapes de l'étude.....	53
FIGURE 2	Première étape.....	80
FIGURE 3	Deuxième étape.....	118
FIGURE 4	Troisième étape.....	148
FIGURE 5	Quatrième étape.....	163
FIGURE 6	Cinquième étape.....	199



## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACSM	Association canadienne pour la santé mentale
AEO	Accueil/Évaluation/Orientation
ARH	Agent de relations humaines
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CEP	Clinique externe de psychiatrie
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMHT	<i>Community Mental Health Team</i>
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual – Revision IV</i>
IPT	<i>Integrated Psychological Treatment Program</i>
IVAST	<i>In Vivo Amplified Skills Training</i>
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NUDIST	<i>Nonnumerical Unstructured Data Indexing Searching Theorizing</i>
PACT	<i>Program for Assertive Community Treatment</i>
PAL	Plan d'action local
PLAIDD	Promotion de lutte, d'aide, d'intervention et de défense des droits
PROS	Plans régionaux d'organisation des services
PSI	Plan de service individualisé
ROCASM	Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RTF	Résidence de type familial
SAD	Soutien à domicile
SAT	Service d'alcoolisme et de toxicomanies
SIM	Suivi intensif dans le milieu
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TI	Thérapie interpersonnelle
TS	Travailleur social
UMF	Unité de médecine familiale

*Marie-Michèle et Claudia,  
je vous aime,  
et vous dédie ma thèse*

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent tout d'abord aux membres de l'équipe du CLSC qui ont participé à cette étude. À chacun, chacune, je tiens à manifester mon admiration pour le travail humain et essentiel que vous accomplissez jour après jour. Mes discussions avec vous tous, individuellement ou en groupe, ont été pour moi des occasions d'apprentissages très riches. Merci d'avoir partagé votre vécu de cliniciens et de cliniciennes dans cette étude.

Jamais je ne parviendrai à exprimer toute la reconnaissance que j'éprouve envers le Dr Alain Lesage, directeur de thèse et à la Dre Nicole Ricard, co-directrice. Je vous remercie du fond de mon cœur pour votre soutien continu, votre générosité et votre présence. Je vous remercie pour tous les ajustements que vous n'avez pas hésité à faire, et que vous m'avez aussi aidée à faire, pour que je puisse rendre à terme ce projet en dépit des contraintes et des embûches. Vous êtes pour moi des modèles de rigueur, de dépassement, de générosité et de compréhension.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance aux personnes occupant des postes de gestion ou de direction pour avoir accueilli le projet de recherche avec confiance et enthousiasme et pour avoir rassemblé les conditions essentielles à la réalisation de cette étude. Je désire également remercier l'Université du Québec à Rimouski et l'Agence de santé et des services sociaux pour leur appui et leur soutien financier.

Je tiens à saluer mes *complices de doctorat*, Catherine Brillant et Ricardo Lucena. Je vous remercie pour votre belle amitié. Je tiens à exprimer ma reconnaissance à mes collègues de travail de tous les jours, Hélène Sylvain, Nicole Ouellet et Guy Bélanger. Vos encouragements ont été précieux. Je remercie tout spécialement ma grande amie et confidente, Louise Lebrun, pour son écoute dans les *grands moments* et aussi pour tous les instants heureux et les projets parfois aventureux dont nous profitons bien ensembles.

Et enfin, je tiens à exprimer ma plus sincère gratitude à mes parents, à ma sœur Diane, à mes frères Michel et Denis, pour m'avoir soutenue de bien des façons dans l'essentiel!

# **CHAPITRE 1**

## **PROBLÉMATIQUE**

L'intérêt croissant pour les équipes multidisciplinaires de santé mentale dans la communauté ressort dans les écrits surtout à partir des années 1990. Pour certains, l'arrivée de ces équipes s'annonçait déterminante dans le développement d'une nouvelle culture en santé mentale (Moss, 1994). Celles-ci devaient susciter l'exploration d'approches différentes et servir de tremplin pour le développement de nouveaux types de services. En dépit des promesses qu'elles portaient, aucune étude évaluative n'a fourni, à ce jour, des indications claires sur le fonctionnement de ces équipes ni sur les effets des services qu'elles dispensent (Galvin et McCarthy, 1994; Moss, 1994; Paxton, 1995; Searle, 1991). En fait, de nombreuses études ont permis de démontrer l'efficacité de modèles de suivi intensif dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves, tout particulièrement le modèle PACT (*Program for Assertive Community Treatment*) (Comité de la santé mentale du Québec, 1997). Cependant, les modèles d'intervention d'équipes multidisciplinaires non spécialisées (ou génériques) en santé mentale dans la communauté, parfois désignées sous le vocable *d'équipe de santé mentale de proximité* (Thornicroft et Tansella, 2003), ont jusqu'à maintenant beaucoup moins attiré l'attention des chercheurs. Au Québec, ces équipes trouvent leur équivalent dans les équipes de base ou de première ligne de santé mentale dans les CLSC.

Les écrits et les résultats de recherche sur le sujet proviennent majoritairement de pays européens et des États-Unis. Ils rapportent surtout de nombreux problèmes au plan des assises conceptuelles des équipes de santé mentale dans la communauté ou de leurs difficultés liées à leur implantation. Notamment, les critiques portent sur la confusion entourant leur rôle et celui attribué aux professionnels qui en font partie, sur la difficulté à intégrer de façon stratégique les habiletés variées et complémentaires de chacun, sur leur tendance à développer des services sans suffisamment tenir compte de l'ensemble des besoins de la population, ainsi que sur les tensions et parfois même les conflits qui accompagnent les efforts d'intégration des membres dans l'équipe (Anciano et Kirkpatrick, 1990; Galvin et McCarthy, 1994; Handy, 1993; Mistral et Velleman, 1997).

Au Québec, l'implantation d'équipes de santé mentale de première ligne dans les CLSC suit un parcours lent et ardu. Or, il s'agit d'un élément majeur de la transformation

des services de santé mentale dans la foulée de la *Politique québécoise de santé mentale* énoncée en 1989 (MSSS, 1989). La Politique préconisait le développement d'une gamme complète de services de qualité, axés sur la primauté de la personne, la promotion de la santé, la prévention de la maladie, l'équité et le maintien dans le milieu de vie en offrant à la personne et à ses proches un soutien approprié. La transformation des services devait être fondée sur le partenariat entre les dispensateurs de services, la clientèle et les ressources de la communauté. Près de dix ans plus tard, le bilan de l'implantation de la Politique démontrait que les programmes d'aide et de traitement étaient toujours peu développés au niveau des services de première ligne, que les services demeuraient concentrés en milieu hospitalier et que les liens entre les équipes des différents services n'étaient pas de pratique courante (MSSS, 1997a). Les mêmes conclusions se dégageaient du rapport émis par le Vérificateur général du Québec (1996).

En 1993, environ le tiers des CLSC du Québec disposaient d'une équipe de base en santé mentale, tandis que près de la moitié avaient des professionnels affectés à ce programme (Fédération des CLSC du Québec, 1996). Même si les services de santé mentale en CLSC n'ont cessé d'évoluer, le mouvement consistant à mettre en place des équipes de santé mentale n'était pas généralisé (Fédération des CLSC du Québec, 1997). Les services se sont développés de façons très diverses et souvent chaotiques, donnant lieu à de grandes disparités régionales et intrarégionales (Comité de la santé mentale du Québec, 1997; Fédération des CLSC du Québec, 1996). L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2004) reconnaît que « l'organisation des services de première ligne a souvent été improvisée au gré des circonstances, des demandes, des budgets disponibles ou des initiatives du terrain provenant, la plupart du temps, des régions éloignées et en manque de services spécialisés en psychiatrie » (p. ii).

L'engagement tardif des CLSC dans le secteur de la santé mentale pourrait d'abord se comprendre du fait qu'historiquement, la majorité des services de santé mentale ont été depuis longtemps offerts par les institutions psychiatriques ou des services spécialisés (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004). De plus, ces services répondaient souvent à l'ensemble des besoins de cette clientèle. La santé mentale a donc pu être considérée comme étant tout simplement l'apanage des services de deuxième ligne. Par la suite, le financement instable et insuffisant s'est posé comme obstacle à la transition des

services de santé mentale au niveau de la première ligne. Dans le contexte de compressions budgétaires qui a durement touché tous les établissements de santé, les ressources financières n'ont pas nécessairement été transférées des institutions psychiatriques à la communauté (MSSS, 2001b). S'ajoute aux facteurs défavorables au changement commandé par les discours politiques, l'ambiguïté des indications sur les services à développer en première ligne. À cet égard, en 1997, la Fédération des CLSC du Québec invitait le ministère à préciser les balises de l'opérationnalisation de la transformation des services, l'expertise communautaire attendue et les principales responsabilités des grands établissements. Il apparaissait alors essentiel de redéfinir la répartition des rôles des services pour éviter leur dédoublement, notamment en ce qui concerne les cliniques externes de psychiatrie et les équipes de base en CLSC (Comité de la santé mentale du Québec, 1997; Fédération des CLSC du Québec, 1997; MSSS, 1997a). De plus, soulevant la confusion entourant le concept même de *service de base*, le Comité de la santé mentale du Québec (1997) reconnaissait l'importance de spécifier « à quel niveau de réponse, à quels besoins et à quelles clientèles ces services s'adressent » (p. 63). Enfin, l'intégration de différents professionnels provenant d'établissements psychiatriques à d'autres professionnels déjà bien campés dans des CLSC pose un défi supplémentaire. En effet, leur engagement dans une nouvelle culture de collaboration et dans de nouveaux modèles d'intervention garantissant une réponse cohésive aux besoins en santé mentale dans la communauté constitue un changement important qui ne peut se produire sans un investissement considérable de temps et de ressources (Mistral et Velleman, 1997).

En 1997, le Ministère tentait de donner un nouvel essor à la transformation des services de santé mentale en menant une consultation auprès d'organismes et de groupes nationaux au sujet des orientations à privilégier (MSSS, 1997b). Tenant compte des résultats tirés de cet exercice, il publiait, en 1998, le *Plan d'action en santé mentale* (MSSS, 1998). Ce plan mettait en priorité l'organisation des services s'adressant aux adultes souffrant de troubles mentaux graves. Fondés sur le principe d'appropriation du pouvoir, les services devaient être mis en place près des milieux de vie des personnes, être flexibles, coordonnés et adaptés à la réalité des milieux. Aucune entité responsable des services dans la communauté n'avait été clairement identifiée puisque différents modèles d'organisation fonctionnels existaient déjà. De plus, l'engagement des intervenants envers la clientèle, leur expertise et l'accessibilité apparaissaient plus importants que les

*structures*. Le Ministère donnait aussi à un Groupe d'appui le mandat de soutenir l'implantation du *Plan d'action* et commandait un *Forum national sur la santé mentale*. En 2001, les conclusions du Groupe d'appui indiquaient que la transformation des services avait évolué dans toutes les régions du Québec (MSSS, 2001b). Par contre, le principe d'appropriation du pouvoir continuait d'évoquer un concept théorique peu applicable concrètement. Les services assurant le maintien dans la communauté des adultes souffrant de troubles mentaux graves, ainsi que le soutien offert aux familles et aux proches étaient toujours insuffisants et inégalement développés d'une région à l'autre. Le transfert des ressources et des services dispensés par les centres hospitaliers vers les CLSC ou les ressources communautaires tardait toujours à se produire. La hiérarchisation des services médicaux était peu appliquée. Les Plans régionaux d'organisation des services (PROS) n'avaient pas nécessairement intégré l'ensemble des mesures du *Plan d'action*. La formation continue n'a pas vraiment abouti à l'engagement des partenaires dans l'esprit du *Plan d'action*. Le Groupe d'appui insistait sur la nécessité de préciser des concepts tels que le suivi dans la communauté (intensif, non intensif, mixte) ou le traitement dans la communauté (de base, spécialisé, surspécialisé ou alternatif).

S'il semble exister des difficultés persistantes contraignant l'implantation d'équipes de première ligne en santé mentale dans les CLSC, il faut aussi reconnaître que les attentes entretenues à l'égard de ces équipes sont souvent immenses. Effectivement, elles ont à relever le défi de développer un modèle d'intervention de première ligne riche et novateur, qui tient compte de l'ampleur et de la diversité des besoins de la population en matière de santé mentale. Or, il s'agit de besoins considérables si l'on considère qu'environ 20 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus présente un niveau élevé de détresse psychologique (Institut de la statistique du Québec, 2001). La prévalence des troubles mentaux pour une année atteint près de 20 % dans la population générale, dont 1 à 3 % sont des troubles graves et persistants (Lesage, 1996b, 1999). Une mesure de plus en plus utilisée pour estimer la charge de morbidité occasionnée par les différentes pathologies, le *Disability Adjusted Life Years (DALY)*<sup>1</sup>, indique que la charge globale des maladies mentales représentait, en 1999, 9,9 % de la charge de l'ensemble des maladies, les situant

---

1. Le *Disability Adjusted Life Years (DALY)* correspond à un an de vie en bonne santé perdu en raison d'un décès prématuré et d'années vécues avec une incapacité.



près des maladies cardiovasculaires (10,5 %) et des maladies respiratoires (10,7 %), devant les cancers (5,8 %) et le SIDA (5,1 %). L'abus de substances et le suicide comptaient respectivement pour 1,8 % et 1,6 % (Ustun, 1999).

Ceci dit, diverses instances gouvernementales attendent des équipes de santé mentale de première ligne qu'elles assument un rôle de maître d'œuvre en matière de prévention et de promotion en santé mentale. Elles sont associées au dépistage et au traitement des troubles mentaux transitoires en collaboration avec les médecins de famille et d'autres partenaires. Plusieurs leur attribuent un rôle de suivi et de soutien à la réadaptation et à la réinsertion dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves (Comité de la santé mentale du Québec, 1997; Fédération des CLSC du Québec, 1997; MSSS, 1997a). L'intervention en situation de crise constitue un autre volet dans lequel leur contribution est attendue. Or, il semble que leur clientèle présente souvent des doubles problématiques (problèmes de santé mentale et déficience intellectuelle ou alcoolisme/toxicomanie). De plus, ces équipes sont conviées à assumer une responsabilité importante en regard du soutien à offrir aux familles et aux proches. Enfin, elles sont appelées à devenir le point de référence par rapport à l'intégration des services de santé mentale situés à différents endroits sur un continuum sur lequel elles occupent elles-mêmes une position centrale.

Les CLSC sont stratégiquement bien placés pour assumer un rôle majeur dans le secteur de la santé mentale étant donné leur proximité des milieux de vie, leur facilité d'accès, leurs approches multidisciplinaires et leur collaboration établie avec les différentes ressources de la communauté. Pourtant, les tentatives de développement d'équipes de santé mentale semblent se réaliser à partir d'essais et d'erreurs, en l'absence de modèles cliniques et opérationnels clairement énoncés. Même si des orientations sont fixées à un niveau politique, nous avons très peu d'indications sur la façon dont les équipes arrivent, dans le quotidien, à préciser les besoins auxquels elles répondent, les types de services qu'elles dispensent ou les valeurs à la base de leurs interventions. Comment, dans un contexte de changements structurels aussi importants et où les besoins énormes sont en compétition, ces équipes arrivent-elles à préciser un modèle d'intervention orientant efficacement leurs actions?

Ces questions font appel au domaine des recherches évaluatives. Or, il existe plusieurs typologies d'évaluations issues de modèles conceptuels différents menant à des approches et à des méthodologies différentes (Contandriopoulos, Champagne, Denis et Avargues, 2000). En premier lieu, il apparaît pertinent de décrire ce que fait une équipe de santé mentale en CLSC, puis ensuite, si possible, de soutenir cette équipe dans un processus de consolidation ou d'enrichissement éventuel de son modèle d'intervention et d'organisation. L'évaluation de quatrième génération, aussi nommée *l'évaluation constructiviste sensible* (Guba et Lincoln, 1989) est apparue toute indiquée comme structure à la base de la démarche réflexive qui s'engageait dans le cadre de cette étude. Il s'agit d'un processus réalisé par le biais de cercles herméneutiques dialectiques, formés de discussions, de réflexions, de critiques et de négociations, de façon à obtenir des consensus sur les changements à apporter. Cette approche, fondée sur la reconnaissance et la participation active des personnes, va dans le sens des principes généraux reconnus pour faciliter l'évolution d'équipes multidisciplinaires, notamment l'importance de récupérer de façon positive les différentes forces et compétences de tous les membres et de maintenir un climat de confiance suffisamment fort pour éviter leur retrait (Handy, 1993). Le point de vue de tous les membres, nouveaux ou anciens, de nature réservée ou expansive doit être entendu et pris en compte. Ceci, selon Coffey (1996), peut être facilité par des rencontres animées par une personne extérieure à l'organisme, celle-ci ne représentant pas une discipline ou une organisation particulière. Dans cette étude, il s'agit d'un rôle près de celui que peut exercer la chercheure. L'auteur soutient aussi que le développement d'une culture d'apprentissage augmente les chances de succès du changement, ce qui rejoint le fort courant actuel qui prône le transfert des connaissances dans la pratique et l'utilisation des résultats probants.

L'approche de Guba et Lincoln (1989) a été développée dans une perspective d'évaluation des services. Dans le contexte qui nous intéresse, une démarche inspirée de cette approche issue du paradigme constructiviste, est utilisée en tant qu'intervention mise en oeuvre auprès d'une équipe. Cette étude vise à soutenir une équipe de santé mentale de première ligne dans un processus d'énonciation de son modèle d'intervention et, éventuellement, de consolidation de ce modèle. Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- 1) décrire un processus de reconstruction, inspiré de l'évaluation de quatrième génération (Guba et Lincoln, 1989), s'intéressant au modèle d'intervention<sup>2</sup> appliqué par une équipe de santé mentale en CLSC;
- 2) développer, par le biais de cercles herméneutiques dialectiques, une représentation aussi juste et explicite que possible du modèle d'intervention adopté par l'équipe;
- 3) vérifier si le processus de reconstruction effectué entraînera une transformation du modèle d'intervention de l'équipe et, le cas échéant, décrire les changements produits.

Il ne s'agit pas ici d'évaluer un programme, mais de réaliser une étude évaluative visant à accompagner une équipe de santé mentale en CLSC dans une démarche visant à énoncer, de façon aussi explicite que possible, son modèle d'intervention. Ce modèle pourrait ultérieurement servir de référence à d'autres équipes, et son efficacité pourrait être évaluée en terme d'effets sur la situation de santé des personnes. Il est possible de situer cette étude par rapport aux grandes dimensions considérées de façon classique dans les recherches évaluatives. Notamment, le modèle de Donabedian (1988), largement utilisé dans le domaine de la santé, porte sur la structure, les processus et les effets d'un programme comme dimensions interreliées. Cette étude s'intéresse essentiellement aux processus, c'est-à-dire aux pratiques appliquées (ou qui pourraient l'être) par l'équipe pour répondre aux besoins en matière de santé mentale. La structure comporte également des éléments étroitement liés à l'intervention dont il faut tenir compte, comme par exemple, la composition de l'équipe ou les caractéristiques des clientèles qui lui sont attribuées. Par contre, cette étude ne porte aucunement sur des résultats. Par ailleurs, Thornicroft et Tansella (1998) proposent un cadre d'évaluation en santé mentale sous forme de matrice dans laquelle les intrants, les processus et les résultats sont répartis selon trois niveaux du système de la santé, le niveau régional ou provincial, le niveau local et le niveau de la personne utilisatrice du service. L'intérêt de cette étude se situe sur le plan des processus, et ce, à un niveau local, plus précisément une équipe de santé mentale dans un CLSC.

---

2. Le terme *modèle d'intervention* est utilisé dans cette étude, l'intérêt au départ se situant surtout sur le plan clinique. Par contre, les interventions en santé mentale sont très étroitement liées à de multiples aspects *organisationnels* (rencontres d'équipes, références, etc.). Ainsi, le terme modèle d'intervention est utilisé ici dans un sens élargi, c'est-à-dire en traitant sans distinction stricte des interventions thérapeutiques et des modalités de fonctionnement de l'équipe.

Outre le fait de soutenir l'énonciation d'un modèle d'intervention, cette étude permettra d'apprécier la valeur d'une intervention inspirée de l'évaluation de quatrième génération appliquée auprès d'une équipe de CLSC qui s'efforce de préciser, de consolider ou d'améliorer ses pratiques. Si cette approche s'avère fructueuse, elle pourrait éventuellement être utilisée par d'autres équipes désirant entreprendre une réflexion en profondeur sur leurs pratiques et leur organisation. Enfin, les résultats de cette étude sont rendus à un moment crucial où un plan d'action provincial, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens* (MSSS, 2005), met clairement la priorité sur le renforcement des services de première ligne en santé mentale. Les équipes de santé mentale en CLSC sont appelées à devenir le point de référence pour l'organisation et l'offre de services dans ce secteur de la santé.

**CHAPITRE 2**  
**RECENSION DES ÉCRITS**

Le but de cette étude est de soutenir une équipe de santé mentale de première ligne en CLSC dans un processus d'énonciation de son modèle d'intervention et, éventuellement, de consolidation ou d'amélioration de ce modèle. Pour comprendre le contexte dans lequel évoluent les équipes de santé mentale de première ligne au Québec, la première partie de ce chapitre dresse un portrait des besoins de la population en matière de santé mentale, des types de services requis pour répondre à ces besoins, ainsi que des contributions attendues selon les niveaux de services, à savoir la première ligne, la deuxième ligne et la troisième ligne. La deuxième partie présente les résultats de recherches portant sur les équipes multidisciplinaires de santé mentale dans la communauté. L'intervention proposée dans cette étude, en vue de soutenir une équipe de santé mentale en CLSC dans une démarche réflexive sur ses pratiques, fait l'objet de la troisième partie.

### Besoins de santé mentale

Les besoins de services en santé mentale se sont précisés avec la *Politique de santé mentale* publiée en 1989 (MSSS, 1989) et les plans d'action ministériels qui ont suivi. Il ressort des documents réalisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1989, 1998, 2001a, 2005), la Fédération des CLSC du Québec (1996, 1997) et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2004), de même que des documents de synthèse produits par des groupes de chercheurs canadiens et québécois (Comité de la santé mentale du Québec, 1997; Institut psychiatrique Clarke, 1997), que la satisfaction des besoins multiples et diversifiés de l'ensemble des groupes à desservir repose sur la disponibilité d'une gamme complète de services appropriés et intégrés de façon cohérente sur un continuum. Cette gamme de services renvoie à une grande famille d'approches et d'activités diverses, d'intensité variable, poursuivant des buts divers et se conjuguant de façon à répondre aux besoins de chaque personne et de ses proches.

### Groupes visés

La *Politique de santé mentale* (MSSS, 1989) reconnaît deux ensembles de besoins :

- les besoins de la population et de certains groupes plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale, soit en raison de leurs conditions de vie sociales,

culturelles ou économiques, ou soit parce qu'ils sont exposés à des phénomènes comme la violence, le suicide, l'alcoolisme ou les toxicomanies;

- les besoins des personnes qui, aux prises avec un problème de santé mentale, sollicitent des services pour obtenir une réponse appropriée à leurs besoins. Il peut s'agir de troubles mentaux transitoires, d'intensité variable. Ce groupe comprend également les personnes atteintes de troubles mentaux graves, généralement persistants. Chez certaines personnes, les troubles mentaux s'additionnent à d'autres problèmes tels que la déficience intellectuelle, l'itinérance, l'alcoolisme, la délinquance ou une maladie physique.

### *Besoins en matière de prévention et de promotion*

En 1994, le Comité de la santé mentale du Québec insistait, en complément à la *Politique de santé mentale*, sur l'importance de développer des activités de prévention et de promotion en santé mentale. Plus spécifiquement, la promotion vise le développement des facteurs de robustesse chez les individus et les groupes de la population générale, en les aidant à renforcer la maîtrise qu'ils exercent sur les événements de leur vie et en contribuant au développement de conditions favorables à la santé mentale. Quant à la prévention, elle vise la réduction des problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risque tels que la violence, la pauvreté, les ruptures multiples (divorce, perte d'emploi, etc.), l'isolement social ou autres événements qui engendrent du stress. Les activités de prévention et de promotion apparaissent d'autant plus importantes si l'on considère les résultats de l'Enquête sociale et de santé (Institut de la statistique du Québec, 2001) qui indiquent, en 1998, un niveau élevé de détresse psychologique chez 20 % de la population québécoise de 15 ans et plus.

À des fins de promotion et de prévention, la population devrait être sensibilisée et informée sur les déterminants de la santé mentale et les facteurs de risque, tandis que l'amélioration des conditions de vie exige une concertation des établissements, des organismes communautaires et des groupes concernés (emploi, éducation, loisirs, revenus, aide juridique et autres). Les individus faisant face à une situation difficile comme un deuil ou un divorce devraient pouvoir se procurer une aide ou un soutien temporaire s'ils en éprouvent le besoin (Comité de la santé mentale du Québec, 1997). Ceux qui vivent de la

détresse psychologique liée à des situations de stress chronique comme la pauvreté, la violence ou la discrimination ont besoin, en plus d'un soutien, d'une aide leur permettant d'apporter des changements à leur vie. Il pourrait s'agir par exemple de conseils juridiques ou d'aide visant à renforcer des compétences comme la gestion du stress ou la résolution de problèmes. La population devrait connaître les ressources disponibles dans la communauté et savoir où s'adresser. De plus, l'aide dans les situations de crise psychosociale devrait être disponible en tout temps.

*Besoins des personnes atteintes de troubles mentaux transitoires (ou modérés)*

Les troubles mentaux transitoires, ou modérés, « répondent à certains critères de diagnostic, sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus » (Dewa : voir MSSS, 2005, p. 40). Ils engendrent moins d'incapacités que les troubles mentaux graves. Par contre, ils sont beaucoup plus fréquents. C'est le cas particulièrement pour les troubles anxieux et de l'humeur. Les résultats d'une enquête nationale réalisée aux États-Unis (n = 8 098) indiquent des taux de prévalence, pour les 12 derniers mois, de 2,5 % pour la dysthymie, de 10,3 % pour l'épisode dépressif majeur, de 17,2 % pour les troubles anxieux et de 11,3 % pour les problèmes de consommation abusive d'alcool ou de drogues (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes et Eshleman, 1994). Au Canada, les prévalences à vie pour la dépression majeure et pour les troubles anxieux atteignent respectivement 10 % et 21 % (Conseil médical du Québec, 2001b). Une enquête réalisée dans l'Est de Montréal (Lesage, 1996) indique que dans la population générale (n = 893), les taux de prévalence dans les six derniers mois pour la dépression et la dysthymie sont respectivement de 8,5 % et de 5,5 %. Les troubles anxieux suivent de près avec des prévalences de 3,5 % pour l'anxiété généralisée et de 1,7 % pour les troubles de panique. Viennent ensuite les problèmes d'abus ou de dépendance (4,3 %). Enfin, la prévalence observée pour au moins un désordre est de 13,6 %.

Malgré la prévalence élevée des troubles transitoires et la détresse psychologique importante qu'ils entraînent, la transformation des services de santé mentale au Québec a principalement porté sur les services visant les personnes atteintes de troubles mentaux graves (MSSS, 1998, 2005). Par contre, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* a



choisi de viser l'amélioration des services offerts à toutes les personnes souffrant d'un trouble mental. Ainsi, celles atteintes de troubles mentaux modérés devraient recevoir, proche de leur milieu de vie, une aide ou un traitement approprié leur permettant de recouvrer toutes leurs capacités et leur autonomie. Or, en réalité, une grande partie de la population qui souffre de troubles modérés *traitables* ne reçoit pas les traitements requis (Goldberg et Gournay, 1998; Lesage, 1996b). En effet, il ressort d'un modèle épidémiologique du rapport entre les troubles mentaux et l'utilisation des services, que la majorité des personnes ayant des problèmes de santé mentale ne consultent pas, alors qu'elles pourraient bénéficier d'une intervention psychothérapeutique parfois accompagnée de médication (Lesage, 1996b). Plusieurs évoquent comme raison l'impression que leur situation va s'améliorer d'elle-même ou avec des efforts, ce qui s'avère en réalité ne pas être le cas pour la majorité d'entre elles. Pour que ces personnes puissent bénéficier d'interventions dont l'efficacité est scientifiquement reconnue, il importe que le public soit sensibilisé sur les modes de traitement disponibles dans le milieu, sur les effets de ces traitements et sur la façon de les obtenir. Il importe également de dépister ces problèmes de santé mentale et de référer les personnes qui en sont touchées aux services appropriés (Comité de la santé mentale du Québec, 1997; Conseil médical du Québec, 2001b).

### *Besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*

Les troubles mentaux graves sont associés « à de la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans leurs relations interpersonnelles et leurs compétences sociales de base » (MSSS, 1989, p. 21-22). La schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression majeure, sévère et chronique et les troubles graves de la personnalité sont les principales pathologies associées à cette catégorie. Au Québec, comme ailleurs dans le monde, les troubles mentaux graves affectent entre 2 et 3 % de la population (Lesage, 1996b, 1999). Cette clientèle a particulièrement été éprouvée par la réduction importante du nombre de lits d'hôpitaux, alors que les services dans la communauté n'étaient pas suffisamment développés pour répondre adéquatement à ses besoins dans le milieu de vie (Institut psychiatrique Clarke, 1997). Ces personnes éprouvent de la difficulté à accomplir les tâches quotidiennes nécessaires à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, à entretenir des relations positives avec leur entourage et à

accomplir leurs rôles sociaux. Leur qualité de vie est souvent très détériorée et plusieurs s'enlisent dans la pauvreté.

En premier lieu, s'appuyant sur les principes de primauté de la personne (MSSS, 1989) et d'appropriation du pouvoir (MSSS, 1998, 2005), l'aide apportée devrait permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux graves de s'impliquer autant que possible dans les décisions et les activités par rapport à leur santé, et d'agir sur leur vie par l'exercice de choix libres et éclairés. La réponse aux multiples besoins de ce groupe exige une gamme complète de services se conjuguant avec flexibilité (Comité de la santé mentale du Québec, 1997). Un consensus ressort généralement, parmi les diverses instances québécoises et canadiennes, autour de huit types de services requis (Comité de la santé mentale du Québec, 1997; Institut psychiatrique Clarke, 1997; MSSS, 1998).

#### *Suivi dans la communauté*

Le suivi dans la communauté renvoie à « une famille d'activités d'intensité variable, qui visent le mieux-être et l'intégration sociale des personnes aux prises avec les conséquences des troubles mentaux » (MSSS, 1998a, p. 19). Le suivi intensif dans le milieu vise les personnes les plus vulnérables. Il correspond à un service de traitement, de réadaptation et de suivi dans le milieu des personnes dans une perspective à long terme. Les approches sont basées sur un travail d'équipe, des activités choisies sur mesure pour chaque personne et des interventions dans le milieu de vie. Quant au suivi non intensif dans la communauté, il vise des personnes moins gravement atteintes. D'intensité moindre que le suivi intensif, il est effectué par des individus plutôt que par une équipe. Il peut prendre différentes formes dont, par exemple, une simple gestion de cas de courtage de services, ou s'étendre à un suivi clinique, ou encore à une relation thérapeutique adaptée selon un modèle centré sur les forces de la personne (*Personal Strengths Model*) ou un modèle de réadaptation (*Rehabilitation Model*) (Gélinas, 1998b).

#### *Intervention en situation de crise disponible en tout temps*

Le but de l'intervention en situation de crise est « de diminuer la tension, de prévenir les risques de tout ordre et d'orienter la personne vers des services adaptés à plus long terme » (MSSS, 1998a, p. 20). Il peut s'agir d'une intervention téléphonique disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, ou d'intervention en présence des personnes dispensée

par des centres de crise. Ce rôle est souvent assumé par les urgences des hôpitaux. Les équipes mobiles d'intervention en situation de crise assurent une intervention rapide sur les lieux en tout temps. Ces équipes peuvent être rattachées à un centre de crise ou à d'autres établissements.

#### *Soutien à la satisfaction des besoins de subsistance*

Des personnes ont besoin d'être soutenues, dans le respect de leurs compétences, par rapport à l'accomplissement de tâches telles que se vêtir, se nourrir et se loger. Les résidences d'accueil, les pavillons, les foyers de groupe supervisés et les appartements supervisés apparaissent comme étant les modalités les plus souvent utilisées au Québec pour les personnes qui, en raison de déficits importants, ne pourraient vivre de façon autonome dans la communauté.

#### *Traitement dans la communauté*

Le traitement dans la communauté vise « le soulagement des souffrances et le recouvrement du plein potentiel des personnes » (MSSS, 1998a, p. 20). Il implique le suivi des besoins de santé et le soutien à la pharmacothérapie.

#### *Hospitalisation*

Certaines personnes auront toujours besoin de soins en centre hospitalier quel que soit l'éventail des services communautaires disponibles (Institut psychiatrique Clarke, 1997). Alors que les unités psychiatriques des hôpitaux généraux et les cliniques externes de psychiatrie dispensent des services spécialisés de deuxième ligne (MSSS, 2005), les hôpitaux psychiatriques deviennent des centres spécialisés de troisième ou de quatrième ligne (MSSS, 2005).

#### *Entraide*

L'aide mutuelle est reconnue comme un mode de soutien efficace tant pour les proches que pour les personnes atteintes. Les activités d'entraide peuvent prendre la forme de rencontres thématiques, d'ateliers café-rencontres ou d'activités visant à contrer l'isolement, à faciliter la socialisation et à diminuer la discrimination.

### *Soutien à la famille et aux proches*

La famille représente la principale ressource de soutien de la personne aux prises avec un problème de santé mentale grave. La qualité de vie des familles est souvent profondément affectée par l'ampleur des tâches et des responsabilités à assumer. Les résultats d'une étude réalisée par Ricard (1991) auprès de soignantes naturelles, car ce sont souvent les femmes qui assument la principale responsabilité d'une personne proche atteinte d'un trouble mental grave, indiquent qu'au moins la moitié d'entre elles présentent de la détresse émotionnelle, un état de bien-être amoindri et des problèmes de santé divers. La disponibilité des professionnels de la santé, le développement d'un véritable partenariat avec les proches aidants, la reconnaissance et la valorisation de leur rôle, l'accès à des réseaux d'entraide et à des services de répit-dépannage sont nécessaires. Les proches ont besoin de connaître l'ensemble des ressources pouvant leur procurer de l'aide par rapport à l'une ou à l'autre des facettes de leur existence.

### *Loisirs, éducation, développement des habiletés personnelles, intégration à l'emploi*

Un ensemble de programmes visant à aider la personne atteinte d'un trouble mental grave à créer des liens, faire des choix et avoir des occupations significatives devraient être disponibles. Il peut s'agir de programmes d'adaptation au travail, d'orientation professionnelle, de recherche d'emploi, d'ateliers protégés ou d'emplois encadrés dans un environnement de travail normal.

### *Partage des responsabilités entre les différents niveaux de services*

#### *Services de première ligne*

Les services de première ligne ou les services de base correspondent généralement aux premiers services consultés lorsque qu'une personne ou ses proches sollicitent de l'aide. Situés près des milieux de vie, ils répondent à des problèmes de santé ou à divers problèmes sociaux fréquents. Ils comprennent les services offerts par les CLSC (fusionnés récemment dans des Centres de santé et de services sociaux [CSSS] regroupant les établissements), les cliniques médicales, les groupes de médecine familiale, les psychologues en pratique privée, des organismes communautaires et les urgences des centres hospitaliers (MSSS, 2005). Le développement des services de première ligne en

santé mentale, rapidement accessibles pour toute la population, est mis en priorité dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005). Un renforcement de ce niveau de services devrait permettre de désengorger ceux de deuxième ligne et de troisième ligne.

Les services de première ligne assument la responsabilité de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation. Ils offrent des services d'intervention en situation de crise, de *counseling* ou de psychothérapie, d'entraide aux personnes présentant de la détresse psychologique et dont la santé mentale est menacée, de suivi aux personnes atteintes de troubles graves dont la condition est stabilisée et ne nécessite pas de suivi régulier ou intensif (Comité de la santé mentale du Québec, 1997). Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005) précise deux ordres de services au niveau de la première ligne, soit des services généraux offerts à toute la population et des services spécialement destinés à la santé mentale. Plus spécifiquement, les équipes de santé mentale de première ligne doivent s'intégrer, de façon cohérente, en continuité avec les services de première ligne en place et comme voie d'accès aux services de deuxième et de troisième ligne.

#### *Services de deuxième ligne ou de troisième ligne*

Les services de deuxième ligne ou les services spécialisés correspondent à ceux offerts par les hôpitaux psychiatriques, les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux, les urgences de ces hôpitaux et les cliniques externes de psychiatrie (Lesage, 1996b; MSSS, 2005). Quant aux services de troisième ligne, il s'agit des services d'hospitalisation de longue durée fournis par les centres hospitaliers à vocation psychiatrique. Parfois, les services de réadaptation et de réinsertion sociale pour les personnes ayant eu un long séjour hospitalier sont classés dans cette catégorie. Le rôle des services spécialisés consiste à établir le diagnostic, à répondre aux situations d'urgence psychiatrique, ainsi qu'aux demandes de consultation ou de traitement provenant des services de base (Comité de la santé mentale du Québec, 1997). Ils se chargent également d'offrir un traitement ponctuel aux personnes en phase aiguë ou un traitement de longue durée à celles atteintes de troubles graves dont l'état tend à être instable. La responsabilité du suivi intensif dans le milieu revient généralement aux services spécialisés, même si les équipes qui en sont responsables peuvent être rattachées à un CLSC ou à un centre hospitalier de soins généraux. L'équipe de base devient ici un partenaire. Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005) précise que les services de troisième ligne sont

accessibles dans un nombre limité d'endroits. Ils visent les personnes dont les problèmes de santé sont très complexes et dont la prévalence est faible.

*Rôle accru des ressources de première ligne par rapport aux besoins de santé mentale*

L'ensemble des services de première ligne ont un rôle important à assumer par rapport aux besoins de santé mentale dans le réseau de la santé, puisque la grande majorité des personnes qui consultent pour un problème de cet ordre s'adressent à eux plutôt qu'à des services spécialisés. En effet, à partir des résultats obtenus dans une enquête épidémiologique réalisée dans l'Est de Montréal, Lesage (1996) estime que c'est dans une proportion variant entre 7 et 9 % que la population fait appel à un service de première ligne (médecins ou psychologues en cabinet, autres professionnels en pratique privée et CLSC) pour un problème de santé mentale. Les médecins de famille en pratique privée représentent le service le plus fréquemment consulté (4 %). C'est dans une proportion de 1,3 % que la population consulte au CLSC. Seulement 1,5 % des personnes consultent des services psychiatriques (urgence, clinique externe, hospitalisation de courte durée) et 0,2 % obtiennent des services de troisième ligne (hospitalisation de longue durée, ressources résidentielles protégées).

Si l'on considère la réduction du nombre de lits de soins psychiatriques de courte et de longue durée, passée de 0,86 lit pour 1 000 habitants en 1995 (MSSS, 1998) à 0,4 lit pour 1 000 habitants en 2005 (MSSS, 2005), et l'ampleur des besoins à satisfaire, il apparaît évident que les services spécialisés ne pourront à eux seuls assumer la responsabilité entière du traitement et du suivi de toutes les personnes atteintes de troubles mentaux, c'est-à-dire modérés et graves (Goldberg et Gournay, 1998; Lesage, 1996). Golberg et Gournay (1998) soutiennent que les services spécialisés tendent à centrer leur attention sur les personnes présentant des troubles psychotiques ou organiques et à déléguer le traitement des troubles moins graves aux services de première ligne. Toutefois, la fréquence élevée des troubles transitoires et la plus grande disponibilité de traitements efficaces basés sur des approches comportementales et cognitives contribuent à augmenter la demande. Par ailleurs, les soins et le suivi dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves exigent considérablement de temps et de ressources. La réforme prévoit un engagement soutenu des CLSC vis-à-vis le soutien à la réadaptation et à la réinsertion dans la communauté pour ce groupe (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004; Fédération des CLSC du

Québec, 1996). Par contre, comme le mentionne Tyrer (2000a), une équipe de santé mentale qui tenterait d'offrir toutes les formes de soins et d'aide dans la communauté deviendrait rapidement engorgée, puis en conflit avec les services existants. Lesage (1996) souligne l'importance de reconsidérer l'interface entre les CLSC, les services spécialisés, les ressources communautaires, les médecins de famille, les psychologues et l'entraide. Les liaisons efficaces entre les services deviennent un élément capital (Tyrer, 2000a).

Plus spécifiquement, Goldberg et Gournay (1998) proposent de considérer quatre catégories de troubles mentaux dont le traitement ou le suivi impliquent les services de première ligne. Ces catégories sont définies en tenant compte de la prévalence des troubles mentaux, de l'importance des déficits qu'ils entraînent, de leur réponse aux traitements et de leur probabilité de rémission spontanée. Les troubles mentaux graves (schizophrénie, démence, trouble bipolaire et troubles graves de l'alimentation) correspondent au premier groupe. La prévalence de ces troubles est faible (moins de 5 % de la population). Les services de première ligne devraient être en mesure d'assurer, en collaboration avec les ressources communautaires, le suivi des personnes de ce groupe lorsque leur état est stabilisé et ne nécessite pas un suivi intensif dans la communauté. Ils doivent cependant compter rapidement sur les ressources spécialisées lorsque l'état de santé de ces personnes se détériore ou dans les situations complexes (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004; Comité de la santé mentale du Québec, 1997; Fédération des CLSC du Québec, 1996, 1997; Goldberg et Gournay, 1998). Les troubles mentaux transitoires, pour lesquels des traitements pharmacologiques et psychologiques efficaces existent (dépression et troubles anxieux), correspondent au deuxième groupe. Ces troubles, beaucoup plus fréquents (plus de 10 % de la population), peuvent être presque entièrement traités par l'équipe de première ligne. Cependant, celle-ci doit consulter l'équipe spécialisée dans les cas où la réponse aux traitements tarde à se produire. De plus, Goldberg et Gournay (1998) signalent que même si ces désordres aboutissent le plus souvent à une rémission, les rechutes peuvent survenir et devenir chroniques chez environ 20 % de cette clientèle. Il importe alors de les reconnaître et de les traiter en collaboration avec des services spécialisés. Le troisième groupe comprend les personnes souffrant de troubles associés à la présentation psychosomatique de la détresse, tels que les phobies, les troubles somatoformes, les troubles de l'alimentation, la consommation abusive d'alcool ou de drogues, la fatigue chronique ou le stress post-traumatique. Ces troubles tendent à persister

et la pharmacothérapie a des effets limités sur eux. Par contre, il existe des psychothérapies efficaces pour traiter les troubles de panique et de l'alimentation. En supposant la disponibilité d'un personnel entraîné pour traiter ces problèmes, ceux-ci pourraient être entièrement traités par les services de première ligne. Le quatrième groupe renvoie aux troubles d'adaptation qui, malgré la grande détresse qu'ils génèrent, aboutissent généralement à une rémission spontanée. Les services de première ligne devraient répondre aux besoins de ce groupe. Goldberg et Gournay (1998) considèrent qu'une personne devrait être traitée par une équipe spécialisée que si son traitement requiert des habiletés non disponibles au niveau des services de première ligne.

### *Responsabilités des CLSC*

La Fédération des CLSC du Québec (1996) reconnaissait, en 1996, la responsabilité des CLSC dans l'offre des services de santé mentale vis-à-vis l'ensemble des clientèles. En 2004, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2004) a décidé de faire du dossier de la santé mentale une priorité. Elle situe les services de santé mentale dans « l'ensemble des services de santé et sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion à offrir en première ligne » (Fédération des CLSC du Québec, 1996, p. 6). Certes, les CLSC bénéficient de nombreux avantages pour intervenir en santé mentale. Implantés dans toutes les municipalités, ils occupent une position stratégique. De plus, ils ont développé une approche multidisciplinaire et communautaire aux plans préventif et curatif. L'approche globale qu'ils utilisent surtout mise sur le développement des compétences des personnes, le partenariat avec les proches et l'entourage, et sur le soutien des ressources communautaires et autres groupes du milieu. Ils desservent des services psychosociaux courants pour les personnes vivant des situations difficiles telles que la violence, les abus sexuels ou physiques, un deuil, l'isolement ou la pauvreté. Les services de soutien à domicile disponibles peuvent être mis à profit dans le suivi des personnes atteintes de troubles mentaux (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004; Fédération des CLSC du Québec, 1996).

Il va de soi que le traitement des troubles mentaux dans la communauté constitue un volet impliquant nécessairement l'ensemble des partenaires du réseau (Institut psychiatrique Clarke, 1997). Toutefois, un certain nombre d'activités ou de programmes tendent à être sous la responsabilité première des CLSC, alors que ces derniers deviennent



partenaires dans d'autres types d'activités. En matière de prévention et de promotion, les CLSC sont appelés à jouer un rôle de premier plan. Ils s'impliquent avec les partenaires du milieu dans la mise en oeuvre d'activités d'éducation et de sensibilisation aux facteurs favorisant la santé mentale, et à ceux la menaçant. Les CLSC assument une responsabilité importante par rapport au dépistage des personnes à risque ou atteintes de problèmes de santé mentale. Ils deviennent, avec les médecins de famille, la première porte où aller frapper pour recevoir un service. Puisque le traitement des troubles modérés s'oriente vers les services de première ligne, les CLSC tendent à développer leur capacité de répondre aux besoins de cette clientèle. De même, ils intensifient leur intervention dans les volets de la réadaptation et de la réinsertion des personnes atteintes de troubles mentaux graves. L'équipe de base du CLSC devrait être en mesure d'assurer le suivi non intensif dans la communauté, en collaboration étroite avec les organismes communautaires. Elle est ainsi à même de repérer les signes précurseurs d'une désorganisation et de contribuer à prévenir des crises (Fédération des CLSC du Québec, 1997). Le CLSC a la responsabilité de soutenir le développement de ressources communautaires dans le domaine de la santé mentale. Il participe également aux mouvements de concertation intersectorielle visant à améliorer les conditions de vie de groupes ciblés ou de la population en général.

### **Équipes multidisciplinaires de santé mentale dans la communauté**

Le rôle, les valeurs, les modes d'intervention et le fonctionnement des équipes de base en santé mentale dans les CLSC sont en processus de développement. Le concept d'équipe de base se rapproche de celui d'équipe de santé mentale dans la communauté (*community mental health team*), terme abondamment utilisé dans les écrits provenant d'Europe et des États-Unis. En effet, Moss (1994) affirme que la grande accessibilité de ces équipes les rapproche des services de première ligne. Les écrits relèvent la difficulté de restreindre le concept d'équipe de santé mentale dans la communauté dans une définition scientifique étroite et rigide puisqu'il peut vouloir désigner différentes choses (Moss, 1994). Il peut s'agir par exemple d'une idée, d'une vision, d'un processus social, d'une ressource de santé, d'un groupe de professionnels ou encore d'une unité administrative. De plus, les définitions et les caractéristiques de ces équipes varient selon les pays, évoluent avec le temps et se transforment en fonction des ressources existantes et des caractéristiques des communautés desservies. Enfin, la complexité provient aussi du fait

que ces équipes réfèrent avant tout à des personnes qui tentent de répondre avec souplesse, à des besoins complexes et nombreux. En dépit de toutes ces différences et nuances, les indications provenant d'études sur les équipes multidisciplinaires de santé mentale dans la communauté apparaissent pertinentes pour cette étude. Nous présentons ici les éléments pouvant être appliqués dans la définition de ces équipes, les avantages et les limites qu'on leur reconnaît, les conditions susceptibles de contribuer à leur succès et les besoins de recherches sur le sujet.

### *Définition du concept d'équipe multidisciplinaire de santé mentale dans la communauté*

Les équipes multidisciplinaires de santé mentale dans la communauté peuvent avoir différentes structures. Par exemple, une équipe peut être formée d'intervenants se réunissant en réseau, sur une base volontaire, chacun demeurant sous la supervision de son organisation respective (*network-association teams*) (Onyett, Heppleston et Bushnell, 1994). Il pourrait aussi s'agir d'une équipe formelle qui assume collectivement, sous la supervision d'un chef, des responsabilités en vue d'atteindre des buts spécifiques. Le groupe formel comprend trois personnes ou plus, employées par une même organisation (Shea et Guzzo : voir Onyett *et al.*, 1994). Ces personnes se considèrent elles-mêmes comme membres d'un groupe et sont également perçues comme tels par les autres personnes de l'organisation. Elles dépendent l'une de l'autre pour accomplir une tâche ou un ensemble de tâches.

Ovretveit (1990) reconnaît cinq types d'équipes. Un premier type est le réseau professionnel informel (*profession-managed informal network*). Il s'agit de professionnels qui partagent les mêmes intérêts, se rencontrent librement pour échanger, améliorer les services ou réaliser des projets conjoints à l'occasion. Cette équipe ne partage aucune responsabilité collective. Un deuxième type correspond à l'équipe multidisciplinaire dans laquelle le chef détient toute la responsabilité et l'autorité (*fully-managed multidisciplinary team*). Ce type d'équipe est rare et loin de notre intérêt puisque les membres des équipes de santé mentale appartiennent à un groupe professionnel et assument une responsabilité sur ce plan. Troisièmement, il peut s'agir d'une équipe multidisciplinaire partageant des responsabilités avec un leader (*coordinated team with shared management*). Dans cette équipe, plus fréquente, les membres reconnaissent le rôle du coordonnateur de l'équipe. Ce

dernier partage ses responsabilités avec des supérieurs ne faisant pas partie de l'équipe et il a rarement l'autorité sur les décisions des membres professionnels expérimentés. Il gère surtout des aspects opérationnels tels que les procédures de références, les modalités d'évaluation du personnel et ainsi de suite. Un quatrième type se trouve dans la reconnaissance d'un noyau de l'équipe au sein d'une équipe étendue (*core versus extender team*). Le noyau peut faire référence à des membres à plein temps, provenant le plus souvent du domaine des soins infirmiers ou du travail social. D'autres professionnels, comme par exemple un psychologue, un médecin ou un ergothérapeute, font partie de l'équipe mais à temps partiel. Le noyau peut aussi référer à un groupe sous la responsabilité d'un coordonnateur responsable de toute une équipe étendue pouvant être dispersée dans différents services. Cinquièmement, il peut s'agir d'une équipe dite démocratique dans laquelle aucun leader n'est nommé. Les décisions sont prises par consensus, sinon par vote.

Onyett, Pillinger et Muijen (1995), à partir des résultats d'une enquête nationale réalisée en Angleterre auprès de l'ensemble des équipes en santé mentale dans la communauté (n = 302), attribuent à ces équipes les caractéristiques suivantes :

- un groupe composé de quatre membres ou plus;
- la présence de deux disciplines ou plus;
- la reconnaissance comme équipe communautaire de santé mentale par les dirigeants du service;
- des adultes présentant des problèmes de santé mentale identifiés comme groupe cible;
- la majeure partie du travail fait à l'extérieur de l'hôpital;
- l'offre d'une large étendue de services.

Onyett et Ford (1996) définissent le concept d'équipe multidisciplinaire de santé mentale comme étant un groupe de professionnels travaillant ensemble dans la poursuite de buts partagés, dans une structure découlant d'une politique opérationnelle ayant été adoptée par consensus.

## *Avantages et limites associés aux équipes de santé mentale dans la communauté*

### *Avantages*

Nombre d'auteurs font état de l'essor rapide d'équipes multidisciplinaires de santé mentale dans la communauté (Galvin et McCarthy, 1994; Jackson, Gater, Goldberg, Tantam, Loftus et Taylor, 1993; Moss, 1994; Peck, 1995). Celles-ci apparaissent propices au développement de nouveaux types de services et d'approches novatrices. Considérées comme étant la pierre angulaire ou le pivot des services spécialisés dans la communauté (Ovretveit, 1990; Pugsley, Rees et Dimond, 1996), elles représentent, pour certains, le cœur d'une nouvelle culture en santé mentale (Moss, 1994).

Cet engouement s'explique par de nombreux avantages généralement attribués à ces équipes. Notamment, celles-ci sont perçues comme étant le meilleur moyen de permettre un accès à une vaste étendue de ressources professionnelles provenant de différentes disciplines (Moss, 1994; Onyett, 1999; Onyett et Ford, 1996; Ovretveit, 1990). De plus, le travail d'équipe contribue à soutenir le travail individuel des intervenantes et des intervenants et à assurer la continuité des services (Bond, Miller, Krumweid et Ward, 1988). Un groupe de cliniciens ayant développé une compréhension des habiletés spécifiques des professionnels provenant d'autres disciplines ou d'autres services, est davantage en mesure d'identifier les failles des services offerts et d'apporter des corrections par des projets collectifs (Ovretveit, 1990). Les interactions entre les membres de l'équipe peuvent aussi aider les différents professionnels à reconnaître quand ils risquent de dépasser leurs compétences. Des études indiquent que des programmes appliqués par une équipe formée de membres appartenant à une même discipline obtiennent généralement un succès moins important (Onyett et Ford, 1996). Par ailleurs, le travail d'équipe multidisciplinaire est souvent reconnu comme une source de récompense par les professionnels, un moyen de préserver leur moral et leur motivation ou de leur apporter un sentiment de sécurité (Moss, 1994; Onyett et Ford, 1996; Onyett *et al.*, 1995; Onyett, Standen et Peck, 1997; Ovretveit, 1990).

Quelques études réalisées auprès d'équipes de santé mentale, bien que reconnues comme étant *spécialisées* mais sans être des équipes de suivi intensif ou désignées à d'autres traitements spécifiques, fournissent des résultats encourageants. Par exemple, une

équipe de chercheurs (Jackson *et al.*, 1993) ont travaillé durant un an avec une équipe multidisciplinaire de santé mentale spécialisée dans le but de développer des liens étroits entre cette équipe et les services de première ligne. Ce rapprochement a permis de tripler le nombre de traitements initiés pour des troubles mentaux dans le groupe expérimental ( $p < 0.01$ ), et même de les quadrupler pour la catégorie des troubles dépressifs ( $p < 0.01$ ). Le nombre de traitements initiés était aussi significativement plus élevé pour les troubles d'anxiété, les troubles d'adaptation ( $p < 0.01$ ) et les problèmes de toxicomanie ( $p < 0.1$ ). Alors que le suivi individuel représentait au départ la plus grande partie du travail accompli, les interventions sont devenues de plus en plus variées (activités de gestion du stress, services pour les personnes atteintes de troubles persistants, liens avec les ressources communautaires et les médecins, etc.). Les auteurs concluent que la présence de cette équipe étroitement liée aux services de première ligne a permis d'augmenter l'accessibilité à des soins et à des services spécialisés dans la communauté.

Au Québec, quelques études évaluatives ont été réalisées auprès d'équipes *spécialisées* de santé mentale (Mercier et Guillemette, 1995). Un programme de traitement communautaire ayant débuté en 1985, en milieu rural (Portneuf), a été le premier à être implanté dans un CLSC pour des personnes souffrant de troubles mentaux graves (Cormier, Guimond, Leblanc et Riopel, 1998). L'évaluation des effets de ce programme suggère, après six mois de participation, une évolution positive de l'état de santé mentale des clients ( $n = 45$ ), et une augmentation de leur satisfaction à l'égard des soins et des services reçus. De plus, il ressort d'une évaluation d'implantation réalisée par Mercier et Guillemette (1995) qu'une équipe de santé mentale, un an après sa création en CLSC, a permis d'améliorer les services en regard de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation des personnes. L'intervention privilégiée était essentiellement l'approche individuelle. Alors qu'il existait une bonne concertation entre l'équipe et les services à l'intérieur du CLSC, les rapports entretenus avec les services spécialisés en santé mentale et avec les organismes communautaires auraient toutefois pu être améliorés. Une autre étude a été réalisée par Perreault, Bernier, Tardif, Mercier et Grenier (1999) auprès d'une clinique communautaire détenant un statut de CLSC, en vue de documenter un modèle de partenariat entre des services de base non spécialisés en santé mentale et des services spécialisés. Les caractéristiques du modèle de cette clinique étaient : 1) le suivi des personnes atteintes de troubles mentaux graves par une équipe multidisciplinaire de première ligne dont un

intervenant principal assure un suivi de longue durée, 2) l'implication sur place d'une équipe de consultants spécialisés en psychiatrie pour l'évaluation, l'établissement du diagnostic et la révision du plan de traitement et 3) la liaison avec les services internes de l'hôpital et la collaboration avec les groupes communautaires. Les chercheurs ont observé des taux de satisfaction accrus chez la clientèle par rapport aux qualités professionnelles des intervenants. Par contre, l'accès difficile au professionnel de son choix, le manque d'information sur les médicaments et sur les ressources ressortent comme sources d'insatisfaction. Les principales améliorations à apporter avaient trait à la clarification des rôles des partenaires, à l'articulation et à la transmission de l'information avec ces derniers et au soutien apporté à l'équipe.

### *Aspects problématiques*

Malgré l'enthousiasme croissant pour le développement d'équipes de santé mentale dans la communauté, de nombreux auteurs portent des critiques sévères à leur endroit (Anciano et Kirkpatrick, 1990; Brown, Crawford et Darongkamas, 2000; Galvin et McCarthy, 1994; Huxley et Oliver, 1993; McGrath, 1993; Mistral et Velleman, 1997; Ovreteit, 1990; Patmore et Weaver, 1990; Paxton, 1995; Peck, 1995; Pugsley *et al.*, 1996; Reiman, 1989; Richards et Rees, 1998; Sayce, Craig et Boardman, 1991; Searle, 1991). En fait, plutôt que de fournir des indications provenant de recherches sur le sujet, les écrits exposent principalement un vif débat mettant en opposition, d'un côté, la capacité réelle des équipes à atteindre les buts recherchés, et de l'autre, les difficultés ou les échecs qu'elles connaissent en pratique. Notamment, Galvin et McCarthy (1994) sont d'avis que leur prolifération repose davantage sur une idéologie que sur des données probantes démontrant leur efficacité. Les auteurs les qualifient d'ensembles de services sans buts spécifiques, non efficaces et de qualité médiocre, contribuant à la déqualification, à la confusion et à la démoralisation des professionnels. De façon générale, les auteurs leur reproche de poursuivre des buts trop larges et trop ambitieux. La critique porte également sur le peu d'attention qu'elles accordent au développement de services adaptés aux besoins de la population, à la délimitation des services qu'elles offrent, ainsi qu'aux moyens de gérer et d'évaluer les services qu'elles mettent sur pied. De plus, ces équipes ne parviennent apparemment pas à intégrer de façon stratégique les habiletés variées et complémentaires de leurs membres, ni à les soutenir par une formation adéquate pour bien remplir leur mandat.

Munetz, Birnbaum et Wyzik (1993) déplorent un manque de consensus conceptuel, d'un modèle idéologique intégrateur suffisamment développé pour orienter les activités réalisées par ces équipes. Searles (1991) affirme que les décisions concernant l'attribution des clients à l'un ou à l'autre des professionnels repose davantage sur la disponibilité des membres plutôt que sur les besoins des personnes ou sur la formation et les habiletés requises pour dispenser l'intervention indiquée. Cet auteur relève la tendance des membres de ces équipes à retenir indûment les cas qui leur ont été attribués. Les transferts justifiés par des évaluations objectives seraient rares. Dans les faits, une collaboration entre deux membres ou plus ne surviendrait que dans 13 % des cas et, le plus souvent, se limiterait à une opinion en regard du diagnostic. Galvin et McCarthy (1994) considèrent que les formulations d'histoires de cas ressortant des discussions dans ces équipes ont souvent l'allure d'un fouillis, tandis que le plan d'intervention tend à devenir une liste de tâches pauvrement définies et peu intégrées entre elles. Ils abondent dans le sens que ces équipes ont l'effet de diluer les habiletés professionnelles spécifiques de leurs membres dans une source commune de travail générique dans lequel nul ne saurait dire qui est responsable de quoi. Assumer que tous ont l'expertise nécessaire pour accomplir les tâches centrales peut compromettre sérieusement l'offre de services, affirment ces auteurs, pour qui l'option de garder des rôles non différenciés servirait surtout à garder la paix entre les membres. Et encore, ces derniers déplorent le peu d'arguments rationnels justifiant la taille et la composition requises des équipes. Ils concluent que bien qu'attrayant sur papier, l'applicabilité de ce modèle apparaît irrémédiablement problématique dans la réalité. Paxton (1995) abonde dans le même sens et suggère même de remplacer complètement ces équipes par des médecins coordonnateurs.

Une étude réalisée par Mistral et Velleman (1997) démontre en effet que les professionnels regroupés dans des équipes de santé mentale dans la communauté peuvent entretenir des attentes et des points de vue très différents, tant sur le rôle de l'équipe que sur leur propre rôle à l'intérieur de l'équipe. Il était demandé à des membres ( $n = 84$ ) d'indiquer leur niveau d'accord sur 22 énoncés concernant une variété de questions fondamentales se rapportant à l'équipe. Les résultats indiquent que les opinions varient de façon significative selon les différents types de professionnels. Entre autres, les psychologues expriment une préférence marquée pour le groupe unidisciplinaire, indépendant, plutôt que d'être intégrés dans une équipe multidisciplinaire. Les psychiatres consultants s'attendent, plus que les

autres, à ce que la priorité soit accordée aux personnes atteintes de troubles psychotiques ou organiques. Quant aux infirmières, elles se disent moins d'accord que les autres professionnels avec la perspective de travailler isolément plutôt qu'en interdisciplinarité. Les résultats indiquent que les membres de l'équipe tendent à travailler séparément sans véritablement faire l'expérience d'un travail d'équipe, ce qui amène les auteurs à se demander si l'équipe ne serait pas davantage un mirage qu'une réalité.

Pugsley, Rees et Dimond (1996) ont cherché à identifier les forces et les faiblesses du fonctionnement d'équipes multidisciplinaires en santé mentale dans la communauté en analysant les modèles de quatre équipes locales de santé mentale et en comparant ces modèles avec celui d'une équipe très bien établie dans un secteur avoisinant. Les résultats indiquent dans la majorité des équipes un manque de clarté du rôle des coordonnateurs, l'absence de systèmes d'évaluation des performances individuelles des membres de l'équipe, la diversité des systèmes de références aux équipes et les inégalités du nombre de cas respectivement attribués aux membres (25 cas actifs pour les travailleurs sociaux et jusqu'à 48 cas pour les infirmières). Selon les auteurs, les coordonnateurs détiennent leur poste en raison de leur expertise professionnelle plutôt que pour leur expérience et leurs qualités de leader.

#### *Conditions favorables au succès des équipes de santé mentale dans la communauté*

Onyett et Ford (1996) répliquent que les difficultés relevées dans les écrits correspondent essentiellement à des faiblesses liées à l'implantation des équipes plutôt qu'à une critique constructive et documentée par les recherches à l'endroit de la notion fondamentale d'équipe multidisciplinaire en santé mentale dans la communauté. Ces équipes poursuivent activement un processus de développement. Les membres qu'elles regroupent, leurs dirigeants et les gestionnaires doivent être convaincus que les avantages de ces équipes valent le temps et les efforts devant être déployés pour les construire. Les écrits suggèrent un certain nombre de conditions favorables à leur succès.

#### *Besoins bien ciblés*

Il est primordial que les membres d'une équipe s'entendent sur les buts et les objectifs à atteindre pour des clientèles bien ciblées (Hanningan, 1997; McGrath, 1993;



Onyett et Ford, 1996; Patmore et Weaver, 1992; Pugsley *et al.*, 1996). Des critères d'éligibilité non équivoques, des systèmes de triage, d'établissement des priorités, ainsi que des moyens de contrôler l'accès aux services selon les critères établis devraient être mis en place, et ce, tant au niveau des services de première ligne qu'à celui des services spécialisés.

### *Idéologie partagée et cohésion*

Les membres des équipes multidisciplinaires possèdent des acquis académiques variés. Ils ont développé différents types d'habiletés tout en se socialisant dans l'esprit de leur groupe disciplinaire respectif. Ces aspects doivent être pris en compte pour éviter des problèmes organisationnels et interpersonnels dans l'équipe (Mistral et Velleman, 1997; Norman et Peck, 1999). Une équipe doit développer ses propres règles et les réviser au besoin. Bien entendu, ce fonctionnement ne survient pas du jour au lendemain. Il nécessite un travail fondamental de construction dans lequel les membres doivent être encouragés à porter un jugement critique sur leur programme et à considérer des perspectives nouvelles pour résoudre des problèmes qui surviennent (Corrigan et Garman, 1999). De plus, des activités de formation facilitent le développement de la cohésion dans l'équipe (Hanningan, 1997).

De son point de vue, Moss (1994) soutient par ailleurs que le travail en équipe n'a pas à être aussi complexe qu'on pourrait le croire. Il ressemble plus à des liens familiaux souples qu'à une série de structures très visibles. Par exemple, un professionnel vérifiant un point avec un collègue est signe qu'un travail d'équipe existe, et ceci peut être suffisant. Souvent les rencontres sont brèves et renforçantes. Comme dans une famille, les membres de l'équipe savent où trouver l'aide dont ils ont besoin.

### *Management opérationnel et stratégique fort*

Un management opérationnel et stratégique fort apparaît crucial pour le succès des équipes de santé mentale dans la communauté (Brown *et al.*, 2000; Corrigan, Garman, Lam et Leary, 1998; Onyett et Ford, 1996; Onyett *et al.*, 1994; West, Borrill, Dawson, Brodbeck, Shapiro et Haward, 2005). Le rôle et les zones d'autorité relevant du coordonnateur de l'équipe doivent être bien définis et acceptés des membres. Il en est de même pour le partage des responsabilités entre le coordonnateur et les professionnels

(Ovretveit, 1990). Un trop grand laisser-aller en croyant assurer une plus grande marge de manœuvre dans le futur risque plutôt de générer des tensions, des conflits et des pertes de confiance dans l'équipe (Corrigan *et al.*, 1998).

Il revient au coordonnateur de formuler une politique opérationnelle et de la revoir régulièrement (Ovretveit, 1990). Cette politique comprend généralement les buts, les objectifs visés par l'équipe, sa philosophie et ses priorités. Une politique opérationnelle explicite permet d'assurer un certain contrôle et d'améliorer les services dispensés. Les membres de l'équipe ont donc à assumer des responsabilités non seulement professionnelles, mais aussi comme employés devant répondre à une autorité (Onyett, 1995; Onyett et Ford, 1996). En même temps, une bonne gestion implique qu'ils se sentent suffisamment en sécurité pour exprimer leurs questionnements, leurs doutes et leurs opinions. Suffisamment d'information devrait leur être fournie pour stimuler leur réflexion, de même que du temps pour échanger entre eux sur ce qui devrait être fait dans différentes situations (Onyett, 1999). Les coordonnateurs ou les coordonnatrices se retrouvent donc à l'interface des questions professionnelles et opérationnelles, ce qui nécessite des habiletés considérables en plus d'une formation solide en matière de management (Pugsley *et al.*, 1996).

### *Rôles explicites*

Les rôles centraux et les responsabilités partagées parmi les membres de l'équipe doivent être clairement définis, ainsi que les contributions uniques propres à chacune des disciplines (Corrigan et Garman, 1999; Hanningan, 1997; Onyett, 1997, 1999; Onyett et Ford, 1996; Onyett *et al.*, 1997). Les membres ayant pratiqué leur profession dans le contexte d'anciens systèmes de santé peuvent par exemple ne pas avoir développé une conception claire du rôle relativement nouveau qu'ils sont appelés à jouer au sein d'une équipe multidisciplinaire axée sur l'intervention communautaire (Moss, 1994). Ainsi, chacune des disciplines a à réfléchir sur la position qu'elle entend occuper dans l'équipe. En connaissant bien les buts à atteindre et les rôles qui leur sont assignés, les membres de l'équipe sont en mesure d'apprécier la qualité de leur travail et de combler leurs besoins de supervision et de formation continue pour assumer les nouveaux rôles (Corrigan *et al.*, 1998).

### *Combinaison optimale des différentes habiletés des membres de l'équipe*

L'équipe multidisciplinaire de santé mentale doit être en mesure d'offrir une grande étendue de services en mettant à profit les habiletés uniques et communes de ses membres (Onyett et Ford, 1996). Il importe de se rappeler que les professionnels s'investissent davantage dans des programmes qui font appel à leurs compétences, à leurs habiletés et à leurs intérêts (Corrigan et Garman, 1999). Les résultats de l'enquête effectuée par Onyett, Heppleston et Bushnell (1994) en Angleterre, auprès d'équipes de santé mentale, démontrent que les équipes formées de plusieurs professionnels provenant de disciplines différentes fournissent effectivement une gamme de services diversifiés. Pour certains auteurs, la diversité des compétences dans une équipe devrait être valorisée plutôt que la recherche de leur homogénéité (Onyett, 1999). D'autres auteurs, dont Tyrer (2000a), proposent plutôt un modèle basé sur un partage d'habiletés (*skill-share model*). Dans une structure consensuelle, il s'agirait pour chaque membre de l'équipe de définir et de conserver un certain nombre d'habiletés au cœur de sa pratique (*core skills*) et de les transférer à différents degrés à des membres d'autres disciplines, de façon à se renforcer les uns les autres.

### *Coordination efficace des soins et des services*

Les actions produites par les membres de différentes disciplines à l'intérieur de l'équipe, ainsi que celles provenant d'autres services, doivent être bien coordonnées pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes. Pour un client par exemple, il est suggéré qu'un même intervenant assume la coordination des services à l'intérieur de l'équipe, de même que de ceux dispensés par des partenaires extérieurs (Onyett et Ford, 1996; Ovretveit, 1990). Ce client peut ainsi composer avec un professionnel qu'il connaît pour arriver à utiliser de façon optimale les services disponibles selon ses besoins, en évitant peut-être quelques dédales de la bureaucratie. Onyett et Ford (Onyett, 1999; 1996) soutiennent que l'approche multidisciplinaire devrait être réservée aux personnes présentant des problèmes de santé ou des problèmes sociaux complexes, nécessitant une intervention sur plusieurs plans, ce qui est surtout le cas des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants.

*Besoins de recherche*

Nombre d'auteurs relèvent le besoin crucial de recherches sur les équipes multidisciplinaires de santé mentale dans la communauté (Galvin et McCarthy, 1994; Moss, 1994; Onyett et Ford, 1996; Onyett *et al.*, 1994; Paxton, 1995; Searle, 1991). Très peu de recherches portant sur des modèles d'intervention au niveau de la première ligne ont été réalisées. En 1994, Onyett, Heppleston et Bushnell exprimaient leur préoccupation par rapport au fait qu'il est difficile de généraliser les résultats des recherches puisque la grande majorité d'entre elles portent sur des approches spécifiques ou spécialisées, comme le suivi intensif dans le milieu. Les auteurs rappellent le besoin d'investiguer des services connaissant une *histoire plus ordinaire*.

Cherchant à expliquer l'absence de différences significatives par rapport aux améliorations cliniques et au fonctionnement social qui ressort des études comparant le suivi intensif dans le milieu et les modèles de gestion de cas plus *standards* (un ratio de 30 clients et plus par intervenant), Tyrer (2000b) soutient qu'en réalité, les interventions pratiquées dans l'un ou l'autre des modèles pourraient être assez semblables. D'une part, certaines composantes définissant essentiellement le suivi intensif dans le milieu peuvent être absentes, comme par exemple le ratio d'un intervenant pour 12 clients. D'autre part, les suivis dits *standards*, c'est-à-dire ni intensifs ni spécialisés dans un type d'intervention quelconque, peuvent contenir plusieurs interventions accomplies traditionnellement par les intervenants dans la communauté, lesquelles peuvent être similaires à celles dispensées dans le cadre d'un suivi intensif. La différence se situerait donc plus par rapport à la quantité des interventions plutôt qu'à leur qualité. Tyrer (2000b) rappelle l'importance que les chercheurs définissent plus précisément les suivis *standards* et suggère de porter davantage d'attention sur les interventions utilisées dans les différents modèles et non seulement sur les éléments de gestion des services. Holloway et Carson (2001) rapportent que même intensive, la gestion de cas n'est pas un traitement en soi pour les problèmes, les déficits et les handicaps qui accompagnent les troubles mentaux graves, mais plutôt un modèle d'organisation des services dispensés. Les futures recherches, selon ces auteurs, devraient porter sur le développement de services qui intègrent des interventions spécifiques visant l'amélioration de résultats cliniques, et porter une attention particulière

sur les individus plus gravement atteints et dont l'engagement dans le traitement est difficile.

Simmonds, Coid, Joseph, Mariott et Tyrer (2001) relèvent également comme difficulté le manque de précision entourant les modèles utilisés par les équipes de santé mentale dans la communauté et le fait que les activités thérapeutiques ne soient pas considérées. Pour réaliser une recension systématique des écrits sur les programmes appliqués par les équipes de santé mentale, les auteurs n'ont pu définir les équipes que de façon très large, soit en les reliant à des soins génériques, c'est-à-dire qui ne correspondent pas à un modèle spécifique. En dépit de cette limite, les résultats indiquent un lien entre ces équipes et une fréquence moins élevée de décès par suicide ou dans des conditions suspectes, une insatisfaction moins grande relativement aux soins, à un nombre moins important d'abandons dans le programme, à une durée d'hospitalisation plus courte et à des coûts moins élevés. Par contre, peu de gains ont été observés par rapport à la symptomatologie clinique ou au fonctionnement social. Encore en 2005, une équipe de chercheurs (Adair, McDougall, Mitton, Joyce, Wild, Gordon, Costigan, Kowalski, Pasmaeny et Beckie, 2005) a été confrontée au même problème dans une étude visant à établir le lien entre la continuité des services et les résultats cliniques positifs chez des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Les résultats de l'étude ont effectivement démontré une association significative entre la continuité des services et une meilleure qualité de vie, un meilleur fonctionnement dans la communauté, une plus grande satisfaction à l'endroit des services et un allègement des symptômes. Les auteurs soulèvent comme limite à leur étude l'énorme diversité des modèles d'intervention allant de l'absence de suivi ou des soins minimaux, à des rendez-vous avec un seul intervenant, ou encore jusqu'à un soutien quotidien dispensé par plusieurs intervenants de la communauté et d'établissements de santé. Ils soulèvent le défi posé par cette hétérogénéité pour la recherche par rapport à la comparabilité des résultats pour estimer les effets de la continuité des services.

### **Étude de cas inspirée de l'évaluation de quatrième génération**

Le portrait des besoins de la population en matière de santé mentale, de même que les débats entourant les équipes de santé mentale dans la communauté et l'état des

connaissances sur les équipes de première ligne en santé mentale, nous amènent à énoncer de la façon suivante les questions de recherche :

*Première question de recherche : le processus de reconstruction.* Quels sont les avantages et les faiblesses d'un processus de reconstruction tel que réalisé par l'équipe de base en santé mentale dans cette étude?

*Deuxième question de recherche : le modèle de pratique et d'organisation de l'équipe.* Quelles sont la nature et les caractéristiques du modèle de pratique et d'organisation de l'équipe de base en santé mentale en CLSC?

*Troisième question de recherche : processus de transformation.* Quels sont les aspects du modèle qui fonctionnent le mieux? Quels sont ceux qui pourraient être améliorés? Comment peuvent-ils l'être? Quels sont les enjeux à résoudre?

*Quatrième question de recherche : transformation du modèle.* Le processus de reconstruction entraînera-t-il une transformation de la nature et des caractéristiques du modèle de pratique et d'organisation de l'équipe, et des changements relatifs à son implantation?

Le domaine de l'évaluation est aujourd'hui caractérisé par une grande diversité d'écoles de pensée, desquelles découle une vaste panoplie d'approches (Contandriopoulos *et al.*, 2000). L'approche dite classique, ou centrée sur les effets, est la plus fréquemment utilisée, bien que d'autres approches, plus formatives, exploratoires, impliquant la participation active des principaux acteurs, prennent de l'essor. Étant donné les difficultés conceptuelles et empiriques pressenties et amplement discutées dans les écrits par rapport aux équipes de première ligne en santé mentale, il nous est apparu nécessaire d'explorer tout d'abord comment fonctionne une équipe de santé mentale en CLSC dans son contexte particulier. Un devis qualitatif inspiré de l'évaluation de quatrième génération suggérée par Guba et Lincoln (1989) nous a paru particulièrement utile en ce sens. En effet, cette approche, qui décrit un processus de reconstruction basé sur des étapes bien circonscrites, peut servir de guide non seulement pour décrire les pratiques d'une équipe, mais aussi, éventuellement, aider les membres de cette équipe à consolider son modèle d'intervention.

La complexité de l'intervention en santé mentale et la pluridisciplinarité d'une équipe laissent présager une grande diversité de points de vue des personnes concernées. Le fait de rassembler leurs différentes perspectives, de les approfondir, d'en discuter, de les négocier et de les porter dans un modèle peut-être mieux circonscrit et plus satisfaisant, nous est apparu comme méthode de recherche la plus prometteuse.

### **CHAPITRE 3**

### **CHOIX MÉTHODOLOGIQUES**



Ce chapitre présente les choix méthodologiques faits pour réaliser cette étude qui vise à amener une équipe de base en santé mentale à expliciter son modèle d'intervention et, possiblement, à consolider ce modèle. Le devis consiste en une étude de cas inspirée par l'évaluation de quatrième génération. Premièrement, les positions épistémologiques de l'étude sont expliquées, ainsi que la façon dont l'évaluation de quatrième génération a servi non seulement de méthode de collecte de données mais aussi d'intervention pour aider l'équipe à consolider son modèle d'intervention. Deuxièmement, la planification opérationnelle de l'étude est décrite. Cette partie présente le milieu de recherche, les participants, le déroulement de la collecte des données et les procédures d'analyse des données. La quatrième partie discute des moyens entrepris pour répondre aux critères de rigueur scientifique. Les considérations éthiques complètent ce chapitre.

### **Stratégie de recherche : étude de cas inspirée par l'évaluation de quatrième génération**

Les questions de recherche concernent, rappelons-le : 1) comment le processus réalisé aura-t-il aidé une équipe de base en santé mentale à consolider son modèle d'intervention, 2) la nature et les caractéristiques de ce modèle, 3) les aspects qui fonctionnent le mieux et ceux qui apparaissent moins satisfaisants, et 4) les transformations éventuelles du modèle au cours du processus. Puisque ces questions se rapportent à un processus de clarification et de transformation éventuelle d'un modèle d'intervention, la pertinence d'utiliser une méthode de recherche qualitative, soit l'étude de cas, est apparue évidente dès le départ. Nous discutons ici des positions épistémologiques dans lesquelles se situe cette étude de cas : l'évaluation formative, le paradigme constructiviste et, plus précisément, l'évaluation de quatrième génération.

#### *Étude de cas : un modèle d'intervention*

Cette étude porte sur le modèle d'intervention d'une équipe de santé mentale dans un CLSC. Selon Yin (1989), l'étude de cas est une étude empirique visant une meilleure compréhension d'un phénomène examiné dans son contexte, alors que les frontières entre

ce contexte et le sujet d'étude ne sont pas clairement définies. Zuniga (1994) mentionne que l'étude de cas signifie que l'on cherche à comprendre un cas ou une situation sans faire appel à la comparaison avec d'autres cas ou d'autres situations. Il importe de « donner la chance au cas qui sera vu avec les traits qui lui sont spécifiques, avant de le comparer à d'autres » (Zuniga, 1994, p. 129). Ainsi, selon l'auteur, le cas correspond à une unité qui a un sens en elle-même, dont la complexité peut être analysée afin d'ouvrir ensuite la porte à la comparaison, à la recherche de caractéristiques récurrentes ou de régularités.

Zuniga (1994) définit une intervention comme une action intentionnelle, planifiée, qui vise à apporter des éléments nouveaux à une situation que l'on considère problématique et que l'on désire changer. Quand la situation est très complexe, des connaissances particulières sont requises. Il allègue qu'une intervention constitue, « dans un sens très réel, une situation unique, avec une dynamique et une structure propre, organisée par un réseau d'interactions et de relations qui lui sont spécifiques » (p.129). L'auteur précise que s'intéresser à différentes interventions, faites par différents intervenants, avec différents clients, implique le défi de *généraliser*. Il y a lieu alors de les regrouper dans des catégories *abstraites*, soit des *pratiques d'intervention*. Pour Paquette (1985), intervenir est un acte volontaire en ce sens que « nous décidons de nous mêler du développement d'une autre personne » (p. 44). Cet acte vise des effets anticipés (objectifs fixés par l'intervenant) et non anticipés (effets imprévisibles recherchés par la personne selon ses intérêts et ses préoccupations). L'intervenant utilise des stratégies et des outils en fonctions des effets recherchés. Nous abordons dans cette étude l'intervention dans un sens large, selon la perspective qu'ont les intervenants des rôles qu'ils s'attribuent et des pratiques qu'ils utilisent ou qu'ils développent dans un contexte de première ligne en santé mentale.

Enfin, un modèle correspond à une façon de représenter une entité abstraite, une structure ou un processus qui existe en réalité mais qui peut seulement être observé indirectement par les comportements de ceux et de celles qui sont engagées dans des processus ou dans une structure (Bush, 1979). Un modèle fournit une expression structurale précise de la pensée. Il ordonne, clarifie, schématise les composantes sélectionnées d'un phénomène qu'il sert à représenter. Il n'explique pas les relations entre les éléments, ni pourquoi une structure particulière apparaît. Il ne correspond pas exactement au modèle appliqué concrètement en réalité. Le modèle correspond essentiellement, dans cette étude, à

une représentation des besoins de santé mentale ciblés par une équipe de base en santé mentale et des interventions considérées optimales dans le contexte donné de cette équipe (ressources, organisations, etc.) pour répondre le mieux possible à ces besoins.

### *Contexte faisant appel à une évaluation de type formative*

Cette étude de cas s'inscrit naturellement dans un courant d'évaluation formative. Pour Zuniga (1994), l'évaluation dite formative correspond à l'implication de l'évaluateur comme aide additionnelle pour d'abord identifier les pas déjà réalisés dans la démarche d'une action et pour en faciliter la progression par un processus de formation. Selon Pineault et Daveluy (1995), les choix méthodologiques en évaluation dépendent en partie de la vision que l'on a des organisations, lesquelles peuvent être comprises soit selon le modèle rationnel ou selon le modèle systémique. Dans le modèle rationnel, l'organisation est vue comme une entité poursuivant des buts. Dans ce cas, l'évaluation vise surtout à déterminer le niveau d'atteinte des buts fixés. S'intéressant essentiellement aux résultats obtenus, elle est associée à l'évaluation sommative. Par contre, l'organisation, comprise dans la perspective du modèle systémique, correspond à un système complexe, dynamique et constamment en évolution. Les buts visés par cette organisation sont continuellement redéfinis en fonction des points de vue divergents des acteurs, des événements ou des exigences de l'environnement. L'évaluation s'intéressant aux processus est davantage compatible avec ce modèle. Dans le même ordre d'idées, Patton (1996) entrevoit l'organisation comme un système ouvert devant s'adapter à un environnement instable et, dans une certaine mesure, *turbulent*. Comme il est difficile dans ce contexte de fixer des buts stables, une évaluation visant à estimer le niveau d'atteinte de buts précis est peu applicable. Il importe donc, selon l'auteur, d'adapter les méthodes d'évaluation selon les situations et d'impliquer l'ensemble des partenaires concernés tout au long du processus d'évaluation.

### *Paradigme constructiviste : évaluation de quatrième génération*

Le terme turbulence qualifie bien le milieu de recherche auquel nous nous intéressons. En effet, les services offerts par les équipes de santé mentale en CLSC se développent rapidement dans un courant de transformations incessantes de l'organisation

des services de santé. De plus, étant donné la complexité et la diversité des besoins en santé mentale, l'absence de balises précises dans les services à offrir et l'histoire relativement récente des équipes de santé mentale dans les CLSC, il nous est apparu peu judicieux de chercher à évaluer l'implantation ou les effets tangibles de l'intervention de l'équipe à cette étape-ci. Nous avons plutôt opté pour une stratégie apte à soutenir les efforts fournis par les membres d'une équipe en vue d'atteindre un consensus sur l'énonciation explicite de leur modèle d'intervention. Nous avons supposé que cet exercice, par la réflexion personnelle et collective qu'il nécessite, conduirait éventuellement à la consolidation de ce modèle d'intervention. L'évaluation de quatrième génération (Guba et Lincoln, 1989) constitue une approche propice à l'atteinte de ce but.

La réflexion, la participation et la prise en compte de différents points de vue et des changements caractérisent la méthodologie suggérée par Guba et Lincoln (1989), nommée l'évaluation constructiviste sensible ou l'évaluation de quatrième génération. Cette approche fait suite à trois premiers modèles d'évaluation qui se sont succédés tout au long du 19<sup>e</sup> siècle. La première génération (de 1895 à 1930 environ) consistait essentiellement à mesurer quantitativement l'atteinte d'objectifs. La psychométrie, les mesures d'efficacité des entreprises et des industries, l'évaluation des performances scolaires ont marqué cette génération. La deuxième génération (de 1930 à 1967 environ) est marquée par des considérations d'aspects descriptifs en plus des données quantitatives; on s'est intéressé aux forces et aux faiblesses pouvant expliquer les écarts entre les résultats visés et ceux obtenus. La troisième génération (de 1967 à 1979 environ) met l'accent sur le jugement de l'évaluateur. Celui-ci mesure, décrit et pose un jugement sur la valeur de l'objet évalué. La quatrième génération (à partir de 1979) se distingue par la participation et la négociation entre tous les partenaires concernés en vue d'établir un jugement collectif. L'évaluateur devient un négociateur et un chercheur.

Le paradigme constructiviste duquel découle ce type d'évaluation reconnaît l'existence de plusieurs réalités socialement construites, non gouvernées par des lois naturelles. La connaissance émerge d'un processus humain de construction et de reconstruction. Les acteurs concernés deviennent ainsi des sources de connaissance plutôt que des objets d'évaluation (Lehoux, Levy et Rodrigue, 1995). Il en découle une épistémologie pluraliste, subjectiviste, où le chercheur et l'objet sont interreliés. Le

processus de recherche conduit à une création littéraire correspondant à la construction collective la mieux informée possible (quantité et qualité de l'information) et la plus sophistiquée possible (degré auquel l'information est comprise et utilisée), sur laquelle il y a consensus à un moment particulier dans le temps. Il s'agit d'une méthode de recherche basée principalement sur l'induction. Le but n'est pas de vérifier des hypothèses de départ, mais plutôt d'en générer à la suite, après avoir mieux défini le phénomène (Zuniga, 1994).

### *Processus dialectique herméneutique*

La méthodologie de l'évaluation de quatrième génération proposée par Guba et Lincoln (1989) repose sur un processus herméneutique, dialectique. Herméneutique désigne le processus interprétatif par lequel les constructions individuelles sont décrites le plus précisément possible. Les constructions sont ce que les acteurs ou les groupes d'acteurs construisent pour faire du sens avec les situations dans lesquelles ils se trouvent. Elles sont inextricablement liées aux contextes physique, psychologique, social et culturel dans lesquelles elles sont formées. Dialectique signifie que les idées et les différents points de vue sont juxtaposés, comparés, contrastés, ce qui force à reconsidérer les positions antérieures. Les paramètres et les frontières de l'évaluation sont déterminés par un processus interactif de négociation entre les détenteurs d'enjeux, c'est-à-dire l'ensemble des acteurs touchés par l'évaluation. Par ailleurs, le chercheur occupe un rôle de collaborateur, d'animateur et de médiateur.

La démarche de l'évaluation de quatrième génération comporte plusieurs étapes qui ont guidé la réalisation de cette étude. La première étape consiste à identifier les acteurs touchés par l'évaluation (*stakeholders*) et de les interviewer sur leurs constructions, c'est-à-dire sur leurs idées par rapport à la nature et aux caractéristiques de ce qui est évalué. Ils sont invités à exprimer leurs revendications (*claims*), leurs préoccupations et leurs perceptions des enjeux présents (*issues*). Les revendications et les préoccupations sont respectivement des points de vue favorables et non favorables à ce qui est évalué, tandis que les enjeux correspondent à des situations soulevant des points de vue divergents parmi les acteurs. Deuxièmement, les différentes constructions et les points de vue sont introduits auprès des différents acteurs et d'autres groupes d'acteurs par le biais d'un cercle herméneutique dialectique. Il ne s'agit pas de justifier les constructions, trouver la bonne

construction ni la plus vraie ou d'attaquer les constructions les plus faibles. Le but est de les comprendre, de les apprécier, de les critiquer et d'arriver à une conjonction des diverses constructions qui satisfait l'ensemble des acteurs. Troisièmement, les items pour lesquels un consensus n'a pu être atteint donnent lieu à une recherche de points de vue ou de connaissances supplémentaires dans les écrits, ou provenant d'autres expériences ou encore de collectes de données réalisées à l'aide d'instruments existants ou développés pour des besoins précis. Quatrièmement, un processus de recherche de consensus entre les acteurs a lieu. Il s'agit ici de revoir les différences à la lumière des nouvelles données, d'élever le niveau de sophistication avec lequel l'information est traitée et de diminuer autant que possible le nombre d'items soulevant un désaccord parmi les différents groupes d'acteurs. Au cas où un consensus ne pourrait être atteint, le cercle herméneutique dialectique aura tout de même permis d'exposer et de clarifier les points de vue différents. Il donne à chacun des détenteurs d'enjeux le pouvoir d'influencer la construction collective. Cette démarche démocratique fournit à chacun l'occasion de développer, de confronter et de critiquer leurs propres constructions aussi bien que les constructions des autres. Tous développent une construction mieux informée et plus sophistiquée de ce qui est évalué.

### *Transposition de l'évaluation de quatrième génération*

Les 12 étapes de l'évaluation de quatrième génération ont guidé le processus parcouru dans cette étude. La chercheuse a facilité ce processus en posant des questions, en exposant aux membres de l'équipe les différents points de vue de leurs partenaires et de nombreux aspects théoriques provenant des écrits ou d'expériences extérieures. Le plein pouvoir sur la description du modèle et de sa consolidation revenait cependant aux membres de l'équipe. Cette approche a permis de répondre aux trois premières questions de recherche, c'est à dire qu'elle a conduit premièrement à une description consensuelle de la nature et des caractéristiques du modèle d'intervention de l'équipe, à l'identification d'aspects satisfaisants et de sources de litiges et, troisièmement, à description de la transformation du modèle. Le tableau 1 présente l'articulation entre les étapes proposées par Guba et Lincoln (1989) et celles accomplies dans l'étude.

Tableau 1

*Liens entre les étapes proposées par Guba et Lincoln (1989) et l'étude*

<b>ÉTAPES PROPOSÉES PAR GUBA ET LINCOLN</b>	<b>ÉTAPES CORRESPONDANTES DANS L'ÉTUDE</b>
Établissement d'un contrat avec le milieu de recherche	Un contrat a été rédigé et soumis aux membres de l'équipe et accepté par ces derniers.
Organiser la conduite de la recherche	Le déroulement de l'étude prévu a été établi et soumis aux membres de l'équipe par le biais du contrat.
Identifier les différents groupes de participants	Cette étape a été réalisée en collaboration avec les membres de l'équipe.
Développer les constructions avec chaque groupe concerné	Un cercle herméneutique dialectique a été mené auprès de deux groupes principaux : le premier étant les membres de l'équipe et le deuxième, leurs partenaires.
Vérifier et élargir les constructions conjointes	Au fur et à mesure, les reconstructions du modèle d'intervention à partir des données récoltées, les différents points de vue de l'ensemble des répondants et les données tirées des écrits ont été présentées aux membres de l'équipe et ce, oralement et par écrit.
Clarifier ce qui est résolu	Les synthèses présentées mettaient clairement en évidence les points de vue convergents, ainsi que des points de vue divergents entre les membres de l'équipe, entre les membres de l'équipe et les partenaires, entre les membres de l'équipe et des écrits.
Établir une priorité des thèmes problématiques	Cette étape n'a pas été réalisée. Plusieurs consensus ont pu être atteints au cours des négociations entre les membres de l'équipe. Les dissensions sont décrites et conservées sans qu'une priorité n'ait été explicitement établie entre elles.
Poursuivre le raffinement	Un deuxième tour du cercle herméneutique dialectique entre les membres de l'équipe, à la lumière des nouvelles données (points de vue des collègues, des partenaires et dans les écrits) a été réalisé. De nouveau, le modèle émergent a été soumis aux membres de l'équipe.
Préparer le forum de recherche de consensus, s'il n'y a pas consensus	Les sources de dissension étaient clairement indiquées dans la nouvelle version du modèle.
Réaliser le forum de recherche de consensus	Le forum de recherche de consensus a été réalisé seulement entre les membres de l'équipe. Les points de vue des partenaires ont été utilisés pour enrichir la transformation du modèle. Les consensus entre les partenaires ou entre les partenaires et les membres de l'équipe n'ont pas été recherchés.
Rédiger le rapport	La chercheuse a écrit le rapport en deux parties : 1) le modèle issu du consensus et 2) les points demeurés en litige.
Reprendre le processus pour enrichir les constructions par des nouveaux éléments	Cette étape n'a pas été réalisée, les points demeurés en litige étant fort complexes et en lien avec de nouvelles transformations sur le point de toucher de nouveau l'organisation des services de santé mentale dans la région où se situe le CLSC.

La quatrième question de recherche pose un regard sur la pertinence de la démarche accomplie pour aider une équipe de base en santé mentale à consolider son modèle d'intervention. Le point de vue des membres de l'équipe par rapport à cette question a été sollicité. Par ailleurs, la chercheure a noté ses propres perceptions des enjeux ou dynamiques qui, tout au long de l'étude, ont pu influencer les résultats.

### *Enrichissement du processus par des données quantitatives*

Des données quantitatives sur la nature des problèmes de santé mentale de la clientèle desservie par l'équipe permettent de nous en faire une idée, d'appuyer les propos émis par les répondants et de générer de l'information pouvant documenter la transformation du modèle de départ.

## **Planification opérationnelle**

### *Recrutement du milieu de recherche*

Très tôt, au cours des études doctorales (en 1999), la chercheure a contacté de façon informelle la personne responsable des programmes de santé mentale à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région, afin d'obtenir son appui dans ce projet. Un contact a ensuite été établi par la chercheure auprès des personnes responsables sur le plan administratif des services de santé mentale offerts dans trois CLSC, en vue d'explorer la possibilité que l'un d'eux devienne le milieu de recherche. Les membres de l'équipe choisie devaient répondre aux critères associés aux conditions de succès d'un cercle herméneutique dialectique, soit la volonté d'investir le temps et l'énergie nécessaires à la bonne marche du processus, une attitude d'ouverture au changement, l'engagement à travailler dans une position d'intégrité et la volonté de partager leur pouvoir (Guba et Lincoln, 1989). Avec l'accord des chefs de programmes, la chercheure a d'abord visité quelques cliniciens de deux des trois CLSC contactés. En fait, ces équipes de santé mentale n'en étaient qu'à leurs débuts. Il était même difficile d'identifier les personnes les formant officiellement et de plus, les heures réservées à la santé mentale étaient fragmentées. La chercheure a ensuite rencontré le chef de programme de santé mentale du troisième CLSC. L'équipe de santé



mentale existait depuis trois ans. Les membres de cette équipe cherchaient à structurer leurs modes d'intervention sur le plan clinique dans le souci de remplir le mieux possible le mandat qui leur était attribué, lequel, d'ailleurs, leur apparaissait parfois flou et changeant dans le contexte de la réforme du réseau de la santé. La possibilité que l'équipe obtienne du soutien dans sa démarche de consolidation par cette recherche a vivement intéressé le chef de programme. Cependant, celui-ci a précisé que l'intérêt se situait par rapport à la dimension *clinique* du modèle et non *administrative*. Outre cette réserve, il a affirmé son intention d'apporter tout le soutien nécessaire à la bonne marche de l'étude.

À la demande du chef de programme, la chercheuse a ensuite rencontré deux membres de l'équipe en vue de sonder comment serait accueilli un tel projet par les cliniciens. Ces derniers ont manifesté de l'ouverture et de l'intérêt. En octobre 2000, la chercheuse a rencontré l'équipe entière pour lui soumettre le projet. Lors de cette rencontre, elle a remis à chaque membre un texte présentant le contexte justifiant l'étude, la ligne de départ, les intérêts des différents acteurs concernés, le but et les questions de recherche, la méthode, l'engagement attendu de part et d'autre et l'échéancier (voir annexe 1). Tous les membres de l'équipe ont accueilli favorablement le projet. Peu après, la chercheuse, accompagnée du chef de programme de santé mentale, a rencontré le directeur général du CLSC. Ce dernier a assuré son appui en terme de libération des professionnels pour participer aux entrevues et de ressources telles que des photocopies ou les locaux.

Cette équipe de santé mentale se situe dans un CLSC-CHSLD qui dessert huit municipalités où vivent environ 53 000 personnes, et qui couvre un territoire d'environ 50 kilomètres<sup>2</sup>. L'institution emploie 598 personnes. À proximité, se situe un centre hospitalier régional (CH). En rapport avec la santé mentale et la psychiatrie, celui-ci comprend deux départements de psychiatrie (29 lits dont 5 en psychiatrie légale), une clinique externe de psychiatrie (CEP), un hôpital de jour, un réseau de résidences de type familial (7 ressources logeant 127 personnes) et de ressources intermédiaires (124 places), ainsi que 36 lits voués aux soins psychiatriques de longue durée. Un mandat régional est attribué à des organismes communautaires subventionnés, soit le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise (ligne d'écoute 24/7, 9 lits d'hébergement), l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), le Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale (ROASM), une association de parents et amis de la personne atteinte de maladie

mentale et un organisme de Promotion de lutte, d'aide, d'intervention et de défense des droits (PLAIDD). L'équipe de santé mentale de ce CLSC intervient dans un contexte marqué par une réduction importante du nombre de lits d'un hôpital psychiatrique situé dans une ville avoisinante. Il s'agit d'une situation typique où une équipe de base en santé mentale d'un CLSC tente d'adapter ses modes d'intervention dans le cadre des plans ministériels et régionaux d'organisation et de développement des services qui ont marqué les dernières années au Québec.

### *Participants*

Puisque la particularité d'un devis qualitatif est de découvrir et de construire au fur et à mesure que la recherche progresse, l'échantillon est formé avec souplesse et contient une part d'imprévisibilité (Guba et Lincoln, 1989; Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires, 1997). Le choix des participants repose sur la qualité de l'information qu'ils sont susceptibles de transmettre. L'inclusion de cas contrastes doit être privilégiée afin de produire une information la plus riche et la plus complète possible (Guba et Lincoln, 1989).

Dans cette étude, deux groupes de répondants ont participé au cercle herméneutique dialectique, soit les professionnels et les professionnelles de la santé formant l'équipe de santé mentale du CLSC, le chef de programme, et les partenaires de l'équipe provenant d'autres services de santé et des ressources communautaires. Tout autre informateur clé pouvait être intégré au cercle herméneutique dialectique pour sa connaissance de la situation ou son vécu.

Au début de l'étude, l'équipe en santé mentale de ce CLSC existait depuis près de trois ans. Elle comptait en tout dix membres dont cinq formaient l'équipe responsable des services de base en santé mentale (une infirmière, deux travailleuses sociales, un psychologue et une éducatrice spécialisée). Les cinq autres membres assuraient le suivi intensif dans le milieu (SIM). Avant le début de la collecte des données, ces derniers se sont retirés de l'équipe de base et ont formé une équipe à part, *l'équipe SIM*. Celle-ci demeure rattachée au CH bien qu'elle soit basée au CLSC. L'équipe de base en santé mentale du CLSC, au moment de l'étude, était composée des sous-équipes suivantes :

- un groupe d'intervenants affecté au suivi des clients dans la communauté (travailleurs sociaux, agents de relations humaines, infirmières, éducatrices spécialisées);
- Service de psychothérapie (psychologue);
- *Clinique sans murs*, un programme d'intervention auprès des personnes souffrant de personnalité à structure limite (psychologue et travailleuse sociale);
- un médecin *attitré* à l'équipe.

La description détaillée de cette structure apparaît dans le chapitre suivant. L'équipe s'est continuellement transformée durant l'étude par le départ de certains membres, des congés prolongés pour différentes raisons ou l'arrivée de nouveaux membres. L'étude s'est poursuivie avec les membres en place aux différentes étapes (16 personnes au total). Les données se rapportant au profil des membres et à leur participation sont présentées dans le chapitre suivant (voir tableau 4).

Les partenaires, comme par exemple des médecins en pratique privée, des représentants d'organismes communautaires, forment le deuxième groupe de répondants. Les membres de l'équipe ont d'abord identifié les services ou les organismes avec qui ils collaborent ou avec qui il serait souhaitable de collaborer. Tous ces partenaires ciblés ont été sollicités pour participer à l'étude. Ceux qui ont accepté désignaient eux-mêmes les personnes qui allaient participer à l'entrevue. Sur 16 partenaires sollicités, 2 ont refusé l'invitation. Les raisons évoquées sont présentées comme données dans le chapitre suivant. En tout, 42 personnes du groupe des partenaires ont participé à l'étude. Le groupe de répondants comprend au total 58 personnes.

### *Données sur la clientèle suivie*

Initialement, nous avions prévu d'intégrer des personnes utilisatrices de services dans le cercle herméneutique dialectique. Cette idée a été abandonnée en cours de route en raison de la très grande diversité des situations dans lesquelles des services étaient dispensés et des différences considérables quant aux interventions elles-mêmes. Ainsi, il apparaissait difficile d'identifier les répondants dont les points de vue auraient été les plus enrichissants pour alimenter les réflexions des membres de l'équipe. De plus, il était peu

réaliste d'interviewer un grand nombre d'utilisateurs étant donné le nombre déjà élevé de répondants.

Toutefois, dans le but de recueillir de l'information sur ces acteurs, nous avons convenu de mesurer, à l'aide d'instruments validés, les problèmes liés au comportement et les symptômes, ainsi que le niveau de satisfaction des clients traités par l'un ou l'autre des membres de l'équipe. Durant une période de trois mois, les membres de l'équipe ont invité les clients à participer à la recherche, leur ont remis un questionnaire et une enveloppe affranchie pour retourner à la chercheuse leur questionnaire rempli de façon anonyme. Ces données n'ont pu être utilisées pour fin d'analyse en raison du taux de réponses insuffisant. En effet, seulement 36 questionnaires remplis ont été retournés sur une possibilité de 187 clients, ce qui ne représente que 19 % de ce groupe.

Finalement, dans le but d'avoir un aperçu de la clientèle effectivement vue par l'équipe de base du CLSC, nous avons procédé, à l'aide d'archivistes du CLSC, à une recherche informatisée dans la banque de données *SIC Plus – CLSC*. En raison de limites du système informatisé, il était impossible de faire des regroupements comme, par exemple, l'inscription d'un trouble psychotique et d'un trouble non psychotique chez un même client. Nous avons donc ressorti pour chaque diagnostic tous les numéros de dossiers en portant la mention. Toutes les données ont été portées sur la base de données *EXCEL*, ce qui a permis de faire les regroupements révélant la présence de troubles psychotiques, la présence de troubles non psychotiques, les abus d'alcool ou de drogues, ou l'absence de ces troubles, ou encore plus d'un de ces troubles. Ces données sont présentées au chapitre suivant.

### *Outils de recherche*

Le guide d'entrevue est le principal outil de recherche utilisé dans cette étude. Avant la première entrevue individuelle, nous avons réalisé un pré-test d'un premier guide d'entrevue auprès d'une infirmière appartenant à une équipe de santé mentale basée dans un CLSC situé dans une ville avoisinante. L'entrevue a été enregistrée sur cassette audio. Elle s'est avérée très longue, soit plus de deux heures et demie. Nous avons précisé et simplifié quelques questions, et retiré la partie portant sur les outils utilisés par les membres

de l'équipe. Les guides d'entrevue pour les étapes subséquentes ont été adaptés selon les buts respectifs des étapes de l'étude et les données accumulées.

Plusieurs documents synthèses ressortis de l'analyse des données rédigés simultanément à la collecte des données, conformément au devis de recherche choisi, ont été utilisés pour soutenir les différentes étapes du cercle herméneutique dialectique. Ceux-ci seront présentés dans les sections présentant les étapes au cours desquelles ils ont respectivement été rédigés et utilisés. Un autre outil de recherche est le journal de bord dans lequel la chercheure a inscrit ses impressions après chaque entrevue ou autres événements significatifs.

### *Déroulement de l'étude*

#### *Réalisation du cercle herméneutique dialectique*

Le processus de reconstruction réalisé dans cette étude est utilisé à deux fins, soit comme moyen d'aider une équipe à consolider son modèle d'intervention et aussi, comme méthode de collecte des données. Inspirée de Guba et Lincoln (1989), la réalisation du cercle herméneutique dialectique consiste à interroger un premier participant en vue de comprendre sa construction du modèle d'intervention de l'équipe. Un deuxième membre de l'équipe est ensuite rencontré, soumis aux mêmes questions et de plus, il est invité à réagir à la construction du participant précédent. La nouvelle construction est intégrée à la première en vue de la compléter et de la raffiner. Le même processus continue auprès du troisième membre et ainsi de suite. C'est ainsi que tous peuvent réagir à la construction collective qui évolue graduellement.

Guba et Lincoln (1989) recommandent que l'information livrée par un informateur soit analysée avant d'interroger l'informateur suivant. Au fur et à mesure que la recherche progresse, la chercheure sait de plus en plus quelles données permettraient de raffiner la construction. Les interviews deviennent ainsi de plus en plus structurés et les constructions de plus en plus définitives. La chercheure peut introduire sa propre construction, laquelle peut devenir l'une des mieux informées puisque qu'elle a l'avantage d'avoir entendu toutes les autres constructions. Cependant, sa construction n'a aucun privilège sur les autres. De même, des textes, des résultats de recherche et tout autre document pouvant être utiles

peuvent être introduits auprès des participants et des participantes lorsqu'ils ou elles en exprimeront le besoin pour combler un manque (Guba et Lincoln, 1989). La chercheuse peut également introduire de l'information extérieure sans en révéler la source. Au lieu de dire « selon les écrits, des recherches, tels auteurs, tel document... », les auteurs suggèrent de dire plutôt « il y a des gens qui croient que... il est parfois dit que... Cela vous semble-t-il applicable dans notre milieu? Cela pourrait-il marcher ici? ».

### *Déroulement des entrevues*

Le tableau 2 présente de façon détaillée le déroulement chronologique de l'étude. Les entrevues semi-structurées individuelles et de groupe constituent la principale méthode de collecte de données utilisée. Le déroulement des entrevues s'inscrit selon cinq grandes étapes (voir figure 1). La première correspond à la série d'entrevues individuelles réalisées auprès de tous les membres de l'équipe et du chef de programme, suivies d'une entrevue de groupe durant laquelle le modèle émergent des données et les points de vue des membres sont présentés. La deuxième étape comprend la série d'entrevues menées auprès des partenaires, laquelle se termine également par une entrevue de groupe pour présenter ces nouvelles données aux membres de l'équipe et recueillir leurs réactions. Une troisième étape consiste à présenter à l'équipe des perspectives relevées dans les écrits en vue d'alimenter leur réflexion. La série d'entrevues individuelles réalisées pour une deuxième fois auprès de tous les membres de l'équipe en vue de raffiner la construction émergente à la lumière des données accumulées constitue la quatrième étape. La cinquième étape comprend les rencontres visant la recherche de consensus. Toutes ces étapes ont été réalisées du mois de décembre 2000 au mois de juillet 2004. Elles sont décrites plus en détails dans les sections suivantes. Une fois le cercle herméneutique dialectique terminé, une dernière entrevue de groupe a été réalisée afin d'obtenir une rétroaction appréciative des membres de l'équipe sur la démarche utilisée dans l'étude. Cette entrevue a eu lieu en février 2005.

En somme, 43 entrevues ont été effectuées, dont 24 individuelles et 19 de groupe. En règle générale, selon Poupart *et al.* (1997), il convient de ne pas dépasser 50 ou 60 entrevues dans une étude de cas pour pouvoir traiter sans difficulté l'ensemble du matériel.

Tableau 2

## Déroutement chronologique des étapes du déroulement des entretiens

DÉMARCHES PRÉLIMINAIRES Septembre 1999 à octobre 2000	ÉTAPE 1 ÉQUIPE Décembre 2000 à juin 2001	RENCONTRE Chef de programme Août 2001	INTERRUPTION DE L'ÉTUDE Septembre 2001 à juin 2002	ÉTAPE 2 PARTENAIRES Juin à septembre 2002	RENCONTRE Équipe Juin et septembre 2002
<ul style="list-style-type: none"> <li>► Appel téléphonique au chef de programme et rencontre</li> <li>► Rencontre du chef et de deux membres de l'équipe</li> <li>► Rencontre du directeur général du CLSC</li> <li>► Entrevue pré-test (non enregistrée ni comptée comme entrevue)</li> <li>► Rencontre de l'équipe : proposition pour participer à l'étude</li> </ul>	<p>Entrevues individuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► Infirmière</li> <li>► Psychoéducateur</li> <li>► ARH/TS</li> <li>► ARH/TS</li> <li>► Psychologue</li> <li>► ARH/TS</li> <li>► Chef de programme</li> <li>► ARH/TS</li> </ul> <p>Entrevue de groupe</p> <p>Présentation du modèle émergent</p>	<p>Rencontre avec le nouveau chef de programme pour présenter l'étude (non enregistrée ni comptée comme entrevue)</p>	<p>Rencontre informelle avec le chef de programme (avril 2002) : mise à jour du cheminement de l'équipe en vue de reprendre l'étude (non enregistrée ni comptée comme entrevue)</p>	<p>Entrevues</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► ACSM (n=4)</li> <li>► Parents et amis (n=1)</li> <li>► Psychosociaux Adultes (n=3)</li> <li>► SIM (n=4)</li> <li>► Parents et amis (n=1)</li> <li>► CEP (psychiatres et chef de la clinique) (n=7)</li> <li>► CEP (intervenants) (n=4)</li> <li>► Médecin (CLSC) (n=1)</li> <li>► Soutien à domicile (n=2)</li> <li>► Enfance/jeunesse/famille (n=4)</li> <li>► PLAID (n=2)</li> <li>► AEO social/Équipe 24/7 (n=4)</li> <li>► RRSSS (n=2)</li> <li>► Médecin pratique privée (n=1)</li> <li>► Médecin pratique privée (n=1)</li> </ul>	<p>Courtes rencontres d'information pour présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► Reprise de la recherche, les étapes réalisées et celles à accomplir</li> <li>► Questionnaires à remettre aux usagers (non enregistrées ni comptées comme entrevues)</li> </ul>
ÉTAPE 2 PARTENAIRES (suite) - Mars 2003	ÉTAPE 3 ÉQUIPE Juin 2003	RENCONTRE Chef de programme Septembre 2003	ÉTAPE 4 ÉQUIPE Octobre 2003 à janvier 2004	ÉTAPE 5 RECHERCHE CONSENSUS Mai à juillet 2004	APPRÉCIATION ÉQUIPE Février 2005
<p>Entrevue de groupe (membres de l'équipe)</p> <p>Présentation des points de vue des partenaires</p>	<p>Entrevue de groupe (membres de l'équipe)</p> <p>Présentation du document <i>Perspectives</i></p>	<p>Rencontre avec chef de programme pour discuter des effets possibles des travaux du comité avisier sur la participation des répondants (non enregistrée ni comptée comme entrevue)</p>	<p>Entrevues individuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► Psychologue</li> <li>► ARH/TS</li> <li>► ARH/TS</li> <li>► ARH/TS</li> <li>► ARH/TS</li> <li>► Psychologue</li> <li>► Éducatrice spécialisée</li> <li>► Infirmière</li> <li>► ARH/TS</li> <li>► Chef de programme</li> </ul>	<p>Entrevues de groupe (membres de l'équipe) pour recherche de consensus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► 1<sup>ère</sup> entrevue : équipe divisée en 2 sous-groupes (n=6) et (n=3)</li> <li>► 2<sup>ème</sup> entrevue : (n=5)</li> <li>► 3<sup>ème</sup> entrevue : (n=5)</li> <li>► 4<sup>ème</sup> entrevue : équipe divisée en 3 sous-groupes (n=4) (n=2) et (n=1)</li> </ul>	<p>Rétroaction sur le processus (n=6)</p>

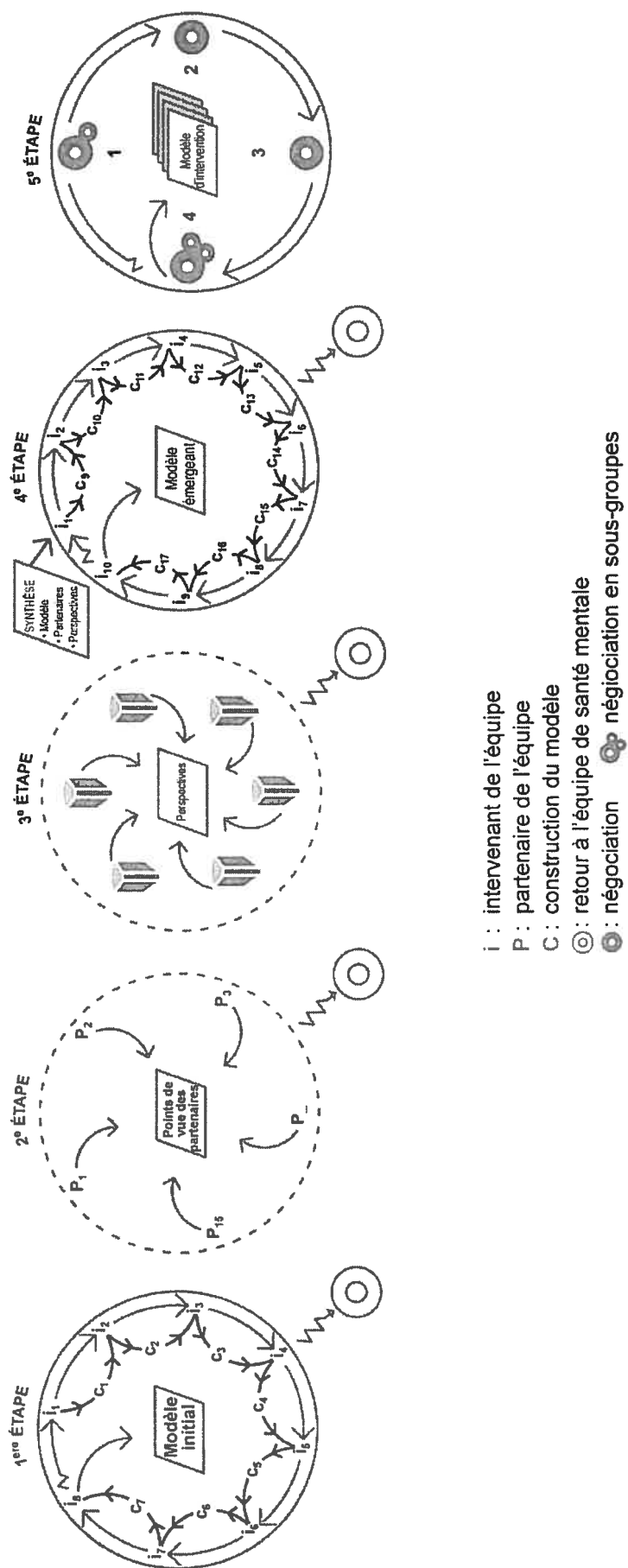


Figure 1. Étapes de l'étude



*Première étape : première série d'entrevues auprès des membres de l'équipe*

Premièrement, entre le mois de décembre 2000 et le mois de mai 2001, les huit membres de l'équipe ont participé à une entrevue individuelle. Le but était de récolter les données nécessaires à l'énonciation de la construction du modèle d'intervention telle que perçue par les membres de l'équipe. Un guide d'entrevue comprenant des questions ouvertes a été utilisé (voir annexe 2). Les thèmes suivants ont été couverts : le nom du modèle, sa raison d'être, sa spécificité par rapport aux autres services ou ressources, les valeurs à sa base, les besoins auxquels l'équipe tente de répondre et les modes d'intervention.

L'ordre des répondants s'est établi principalement en fonction de leurs disponibilités. Selon Guba et Lincoln (1989), les caractéristiques du répondant initial et des suivants importent peu. La durée des entrevues variait entre 60 et 120 minutes (moyenne : 103 minutes). Le moment et le lieu des entrevues étaient choisis à la convenance des répondants lors d'une prise de contact téléphonique par la chercheure. Elles ont eu lieu au CLSC ou dans le milieu de travail de la chercheure. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur cassette audio. La chercheure prenait des notes au cours des entretiens pour pallier à d'éventuels problèmes techniques qui, heureusement, ne se sont pas produits.

À chaque entrevue, la chercheure rappelait brièvement le but de l'étude et le respect de l'anonymat. Elle expliquait le déroulement de l'entrevue, répondait aux questions, puis invitait le répondant ou la répondante à signer le formulaire de consentement (voir annexe 3). Le guide d'entrevue était suivi avec souplesse. Les interventions servaient à vérifier la compréhension des propos émis (si je comprends bien...), à clarifier certains propos (que voulez-vous dire par...), à recentrer l'entretien sur le sujet de l'étude en cas de trop grandes digressions. Elles servaient aussi, parfois, à introduire des opinions divergentes émises par des répondants précédents (certaines personnes croient que... qu'en pensez-vous?). Il était expliqué aux répondants qu'ils recevraient quelques jours plus tard la synthèse de l'entrevue à des fins de validation.

Chaque entrevue a donc fait l'objet d'une synthèse rédigée par la chercheure. Au cours des deux semaines suivant l'entrevue, la synthèse était remise en main propre au répondant ou déposée dans son casier au CLSC. Par le biais d'une lettre explicative (voir

annexe 4), nous lui demandions si la synthèse représentait de façon juste ce qui avait été dit en entrevue et s'il désirait préciser, enlever ou ajouter certains points en vue d'enrichir le modèle émergent. Il pouvait transmettre par téléphone, télécopieur, courrier électronique ou en main propre à la chercheure les ajouts ou les corrections à apporter. Tous l'ont fait par téléphone, télécopieur ou par la poste. Au besoin, la chercheure faisait un rappel, après environ deux semaines, pour s'enquérir de cette validation. Tous les changements demandés ont été apportés et soigneusement notés dans le journal de la chercheure. Les membres de l'équipe pouvaient à tout moment rejoindre la chercheure pour lui faire part de commentaires supplémentaires, ce qui ne s'est pas produit. Le travail d'analyse inhérent à la rédaction des synthèses et à l'intégration continuelle des nouvelles données dans un modèle émergent permettait à la chercheure de cibler des points de vue divergents pouvant, au fur et à mesure, être soumis aux répondants suivants.

Il était prévu de faire une deuxième entrevue individuelle auprès de chacun des membres en vue d'explorer les aspects jugés satisfaisants ou insatisfaisants. Celle-ci n'a pas été réalisée en raison du temps important déjà investi par les cliniciens dans la première entrevue. De plus, l'analyse des données faite au fur et à mesure nous a permis de constater que les membres s'étaient exprimés spontanément sur ces aspects et que nous disposions déjà un nombre considérable de données sur leurs satisfactions et leurs préoccupations.

En juin 2001, une entrevue de groupe a clôturé cette première étape. Sept membres de l'équipe, sur une possibilité de neuf, ont participé à cette entrevue. Il s'agissait de présenter l'analyse des données exposée sous forme de deux textes écrits : *Conception de l'équipe (juin, 2001)* et *Implantation, aspects satisfaisants, moins satisfaisants et améliorations souhaitées (juin, 2001)*. Une convocation à l'entrevue et les textes ont été remis une semaine à l'avance (voir annexe 5). Le moment de l'entrevue avait été planifié avec le chef de programme. La chercheure a commencé l'entrevue par un rappel du but de l'étude, de l'étape en cours et du but de la rencontre, soit présenter les données produites par le premier cercle herméneutique dialectique. Elle a présenté les grandes lignes des documents, répondu aux questions posées et reçu les commentaires exprimés. Il a été demandé aux membres de l'équipe par quels moyens leurs réflexions pourraient être enrichies (recherche de nouvelles données, contribution de la chercheure, etc.). L'entrevue, d'une durée de 120 minutes, a été enregistrée.

Après la réalisation de cette première étape, le chef de programme a quitté ses fonctions. La chercheure a rencontré son remplaçant afin de le mettre au fait de l'étude en cours. Un événement imprévu, sans lien avec l'étude, a ensuite forcé la chercheure à interrompre ses travaux de recherche pour une période de 10 mois (voir tableau 2).

*Deuxième étape : série d'entrevues auprès des partenaires*

Une deuxième série d'entrevues visait l'ensemble des partenaires impliqués. En tout, 15 entrevues individuelles ou de groupe, selon le contexte et la préférence des répondants, ont été réalisées entre les mois de juin et de septembre 2002. Au total, 42 personnes se sont exprimées. Un guide d'entrevue comprenait des questions ouvertes invitant les partenaires à exprimer leur point de vue sur le rôle de l'équipe, la façon dont les services offerts par l'équipe complètent les leurs, les améliorations qui pourraient être apportées selon eux pour répondre le mieux possible à l'ensemble des besoins de leurs clientèles communes et sur le partenariat existant entre eux et l'équipe (voir annexe 6). La durée des entrevues variait entre 20 et 85 minutes (moyenne : 50 minutes).

Le moment et l'endroit de l'entrevue ont été convenus par les répondants (milieu de travail du partenaire ou de la chercheure). Des explications ont été données en début d'entrevue : le but de l'étude, le déroulement de l'entrevue, l'anonymat. La chercheure vérifiait s'il y avait des questions avant de passer à la signature du formulaire de consentement (voir annexe 7). Toutes les entrevues ont été enregistrées sur cassette audio. Les interventions visaient à valider, faire préciser ou clarifier, recentrer ou à soumettre quelques points de vue divergents. Les personnes interviewées ont été remerciées pour leur participation à l'étude. Des synthèses ont été rédigées et soumises à tous les répondants pour fins de validation. La chercheure, avec persévérance, a fait les relances nécessaires pour obtenir la validation de la part de toutes les personnes s'étant exprimées.

Les données récoltées ont été colligées dans le document *Perceptions des informateurs clés* (février, 2003). Ensuite, les convergences et les différences de points de vue entre les partenaires et les membres de l'équipe ont été résumées : *Constats* (février, 2003). Ces documents ont fait l'objet d'une présentation lors d'une entrevue de groupe avec les membres de l'équipe. Ceux-ci ont reçu une lettre de convocation (voir annexe 8) au

mois de mars 2003. Dix membres de l'équipe, y compris le médecin rattaché à l'équipe, étaient présents. Seulement un membre de l'équipe était absent. De façon semblable à la première entrevue de groupe, la chercheure commençait en faisant le point sur la progression des étapes de l'étude et en rappelant le but de l'entrevue. Cette entrevue a duré plus de deux heures. Elle a été enregistrée. Une courte synthèse a été rédigée mais non soumise à l'équipe. Les commentaires émis ont été intégrés à la construction émergente appelée à être continuellement vérifiée par les membres de l'équipe. Des notes sur les réactions de l'équipe et les impressions de la chercheure étaient continuellement portées au journal de bord.

*Troisième étape : recherche de nouveaux points de vue ou de connaissances dans les écrits*

En vue d'alimenter les réflexions de l'équipe, la chercheure a réalisé un document regroupant de nombreux points de vue ou aspects théoriques relevés dans les écrits ou les documents ministériels. Ces éléments ont été choisis pour la possibilité qu'ils puissent éventuellement aider les membres de l'équipe à dissiper des sources de confusions ou de dissensions ressorties des données récoltées et analysées lors des deux étapes précédentes. Les thèmes discutés dans ce texte, nommé *Perspectives*, concernent les services de base versus les services spécialisés, les modèles de suivi dans la communauté, les besoins des clientèles ciblées, les traitements et les approches thérapeutiques, l'interdisciplinarité et le réseau local de services intégrés. Des questions réflexives étaient soulevées à la suite de chaque section. Contrairement à ce que proposent Guba et Lincoln (1989), nous avons mentionné les sources où les éléments ont été puisés. Il nous a semblé préférable que les membres de l'équipe situent les perspectives soumises selon qu'il s'agisse d'attentes vis-à-vis d'eux par exemple (orientations régionales) ou de données probantes. Le contenu de ce document est présenté plus en détails dans le chapitre suivant.

En juin 2003, les membres de l'équipe étaient à nouveau convoqués à une entrevue de groupe pour la présentation du document *Perspectives* (voir annexe 9). Sept membres de l'équipe sur une possibilité de 11 étaient présents, y compris le médecin attaché à l'équipe. Cette entrevue, réalisée sur le même modèle que les précédentes, a duré deux heures. Une courte synthèse a été rédigée comme aide-mémoire pour la chercheure. Quelques précisions ont été apportées au modèle émergent et des notes portées au journal de bord. Des membres de l'équipe ont manifesté un certain essoufflement à *digérer* tout ce matériel. Il a été

proposé que chaque membre relise individuellement les documents pour se préparer à l'entrevue individuelle prévue à l'étape suivante.

*Quatrième étape : deuxième série d'entrevues auprès des membres de l'équipe*

Entre le mois d'octobre 2003 et de janvier 2004, 10 membres de l'équipe, sur une possibilité de 12 membres, ont participé à une entrevue individuelle qui consiste, dans le cercle herméneutique dialectique, à faire systématiquement un retour à l'équipe. Le but était de raffiner le modèle émergent à la lumière de l'ensemble des données récoltées au cours des trois premières étapes. L'un des membres de l'équipe a préféré s'exempter de cette entrevue considérant sa participation plus ou moins utile vu son rôle attribué exclusivement à la Clinique sans murs. Le médecin s'est également abstenu par manque de disponibilité.

Étant donné la quantité énorme de données et de documents soumis, la chercheure a tenté de faciliter le travail des membres de l'équipe en leur proposant une synthèse : *Synthèse des données récoltées sur le modèle d'intervention de base en santé mentale (septembre, 2003)*. Un extrait de ce document est apporté en exemple à l'annexe 10. Ce texte juxtaposait les différents points de vue : 1) le modèle décrit par les membres de l'équipe au départ (construction et améliorations souhaitées), 2) les points de vue des partenaires (construction et améliorations souhaitées) et 3) les perspectives relevées dans les écrits. Les sections de ce document débouchaient sur des questions plus spécifiques qui allaient constituer le guide de l'entrevue. Par exemple, l'une des questions était la suivante : « Vous apparaît-il utile de situer votre équipe par rapport à la notion de service de base ou de service spécialisé? Si oui, sur la base de quels critères votre équipe pourrait-elle se définir comme un service de base? Ou comme un service spécialisé? Si non, quel est votre point de vue? ». Dans cette étape, nous espérions aider les membres de l'équipe à pousser davantage leur réflexion sur leurs pratiques, à rendre leur modèle d'intervention plus explicite et, éventuellement, à apporter à ce modèle des changements qui pourraient permettre de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux.

Les membres de l'équipe ont reçu une lettre explicative les convoquant à ce deuxième cycle d'entrevues (voir annexe 11). Les entrevues se sont déroulées selon les mêmes règles que celles suivies lors des entrevues de la première étape. Une fois de plus,

une synthèse a été dégagée de chacune des entrevues, et validée par le répondant ou la répondante. De plus, à chaque entrevue, la chercheuse tentait d'améliorer la construction du modèle émergent et à préciser les points de dissension. Ce travail a conduit à la production du document *Synthèse : deuxième entrevue de groupe auprès des membres de l'équipe (février, 2004)*, qui a été remis à tous les répondants et répondantes en vue de préparer l'étape suivante, soit les rencontres de recherche de consensus.

#### *Cinquième étape : recherche de consensus entre les membres de l'équipe*

Deux entrevues pour la recherche de consensus étaient prévues au départ. À la demande des membres de l'équipe, deux autres entrevues se sont ajoutées. Cette série d'entrevue a débuté au mois de mai 2004 et s'est terminée au mois de juillet 2004. Comme il était de plus en plus difficile de réunir tous les membres de l'équipe au même moment, quelques entrevues ont été réalisées auprès de sous-groupes. En tout temps, les décisions des membres de l'équipe par rapport aux moments, à la fréquence et à la durée des entrevues ont été respectées. Toutes les entrevues ont été enregistrées. La chercheuse rappelait les consignes. Ses interventions servaient surtout à s'assurer de sa compréhension des points de vue exprimés et à animer de façon à ce que tous et toutes puissent s'exprimer et que les participants évitent de prendre la parole en même temps.

*Première entrevue de recherche de consensus.* Un document, intitulé *Modélisation de l'intervention d'une équipe de base en santé mentale en CLSC et éléments à considérer dans la recherche de consensus (mai 2004)* et une lettre explicative (voir annexe 12) ont été remis avant la rencontre pour soutenir le travail à produire. Le texte de synthèse (voir annexe 13) est divisé en deux colonnes présentant respectivement : 1) le modèle émergent et 2) les éléments à considérer dans la recherche de consensus. Pour les consensus « À consolider », les dissensions entre les points de vue divergents (membres de l'équipe, partenaires, perspectives tirées des écrits) apparaissaient juxtaposés et des questions en découlant étaient proposées (d'une part... d'autre part... en conséquence?). Lorsqu'il s'agissait de consensus fort, les points de vue convergents étaient rappelés. Le consensus était-il à confirmer ou non? Ce document était accompagné d'un *Guide de préparation pour la première rencontre de recherche de consensus* (16 pages avec des espaces pour écrire individuellement ses points de vue) (voir annexe 14). Pour chacun des points du Modèle émergent ayant obtenu ce qui semblait être un consensus fort, la question était :

« Suis-je d'accord avec ce consensus? Si non, mon point de vue est le suivant... ». Pour chacun des points du modèle émergent pour lesquels un consensus n'avait pu être atteint, la question devenait : « Le consensus peut être facilement établi. Mon point de vue est le suivant... » ou « Le consensus pourrait être établi à la prochaine rencontre. Mon point de vue est le suivant... » ou encore « Le consensus me semble impossible à atteindre à cette étape-ci. Pour continuer à aller de l'avant, je propose ceci... ».

Sur une possibilité de 10 membres de l'équipe, 6 membres ont participé à la première entrevue de recherche de consensus. Comme cette entrevue correspondait en quelque sorte à l'ouverture d'une démarche de négociation, la chercheuse a tenté de faciliter autant que possible la participation de tous les membres de l'équipe en proposant de rencontrer ceux et celles qui n'ont pu être présents. Une entrevue, qui a eu lieu quelques jours plus tard, a permis de rejoindre 3 autres membres. Les mêmes thèmes étaient repris et la chercheuse résumait les points de vue soutenus par les collègues quelques jours plutôt. Tous les membres, sauf le médecin attiré à l'équipe, ont participé à cette entrevue.

Cette entrevue a permis de valider les dimensions sur lesquelles un consensus semblait être atteint et d'établir les consensus lorsque ceux-ci pouvaient l'être facilement. Elle a également permis d'identifier les points sur lesquels, après réflexion et discussion, un consensus pourrait probablement être atteint lors des prochaines rencontres, et ceux pour lesquels il apparaissait probablement impossible d'arriver à un consensus à ce stade de développement du modèle d'intervention de l'équipe.

Le *Guide de préparation* n'a pas été utilisé par les membres de l'équipe. La méthode de travail ayant été adoptée est la révision point par point du Modèle émergent (première colonne du document *Modélisation...*). Les membres exprimaient de façon spontanée leur accord, leur désaccord et leurs interrogations. Les discussions étaient animées. Les éléments à considérer (deuxième colonne du document : *D'une part ... D'autre part...*) semblent avoir suscité peu d'intérêt pour la réflexion. La chercheuse rappelait à l'occasion les données apparaissant dans cette section.

Les données récoltées au cours de cette entrevue ont fait l'objet d'une synthèse qui allait devenir le document de travail des prochaines sessions de travail pour la recherche de

consensus : *Définition du modèle d'intervention : Synthèse de la rencontre d'équipe pour la recherche de consensus no 1* (voir annexe 15). Ce document se divise en trois colonnes : 1) Modélisation : énoncé des segments du modèle émergent, 2) Discussion : synthèse des différents points de vue exprimés et 3) Décision : établissement d'un consensus ou consensus ne pouvant être atteint.

*Deuxième et troisième entrevues de recherche de consensus.* Des 9 membres formant l'équipe au moment de la deuxième entrevue, 5 ont participé à cette entrevue. Pour ce qui est de la troisième entrevue, 7 membres sur une possibilité de 10 étaient présents. Compte tenu de la difficulté croissante des membres de l'équipe à se libérer, nous n'avons pas tenté cette fois de relancer les membres absents pour des entrevues supplémentaires. La synthèse complétée lors de la première entrevue a été remise à jour au fur et à mesure et transmise à tous les membres de l'équipe. Ainsi, tous et toutes pouvaient constater la progression du travail accompli et réagir à la construction émergente.

*Quatrième entrevue de recherche de consensus.* La quatrième et dernière entrevue a été réalisée auprès de 4 des 9 membres formant l'équipe. Étant donné qu'il s'agissait de la dernière occasion pour les membres de s'exprimer sur le modèle d'intervention émergent, la chercheure a une fois de plus tenté de permettre au plus grand nombre possible de personnes de participer à cette entrevue en proposant une rencontre avec les membres absents quelques jours plus tard. Deux membres ont accepté l'invitation. Et enfin, un dernier membre a accepté de rencontrer la chercheure à quelques jours d'intervalle. Deux membres de ne sont pas exprimés à cette toute dernière entrevue du cercle herméneutique dialectique.

En septembre 2004, la chercheure a soumis à tous les membres de l'équipe une proposition d'une version finale : *Modèle d'intervention de première ligne en santé mentale : Validation des résultats de la démarche de recherche de consensus produite dans le cadre d'une étude de cas (septembre, 2004)*. L'équipe a décidé de se réunir, sans la chercheure cette fois, en vue de réviser une dernière fois la construction *définitive*, et de s'assurer de l'accord de tous sur cette version. L'un des membres de l'équipe s'est chargé de transmettre à la chercheure les modifications mineures à apporter. Une version corrigée a été retournée à chacun des membres de l'équipe.



*Fin du processus.* Nous avons accompagné les membres de l'équipe de santé mentale à titre de groupe au cœur de l'action. Les thèmes se sont aisément installés dès les premières entrevues. Nous avons sollicité les points de vue de la grande majorité de leurs partenaires pour enrichir la consolidation de leur modèle d'intervention. Ainsi peut-on affirmer qu'un riche ensemble de données a été présenté aux membres de l'équipe. Ceux-ci ont eu la liberté d'exprimer leur point de vue lors des entrevues ou directement à la chercheure à tout moment de la période de collecte de données.

#### *Entrevue de groupe pour l'évaluation globale du processus de recherche*

Les membres de l'équipe ont été convoqués à une dernière entrevue de groupe (voir annexe 16) qui se situe en dehors du cercle herméneutique dialectique comme tel. Il s'agit de l'entrevue servant à répondre à la quatrième question de recherche, soit de solliciter les perceptions des membres de l'équipe par rapport à la pertinence de la méthode utilisée dans cette étude, ses avantages et désavantages. Celle-ci n'a pas été réalisée par la chercheure afin d'éviter les biais que cela aurait pu entraîner. Elle a été réalisée par un collègue chercheur expérimenté dans ce type d'étude. Toutes les consignes ont été expliquées à cet interviewer et un guide d'entrevue lui a été remis (voir annexe 17). Les questions portaient sur les avantages reconnus à la méthode de recherche utilisée, ses désavantages ou limites, les moyens de la rendre plus efficace ou aidante, sa valeur pour faciliter des actions ou des changements concrets. La chercheure a accueilli les membres de l'équipe. Après avoir rappelé le but de l'étude, les étapes accomplies et le but de l'entrevue, elle a introduit le nouvel interviewer et a quitté la salle d'entrevue. Cette entrevue a duré 80 minutes. L'enregistrement a été remis par un membre de l'équipe à la personne chargée de la transcription. Cette dernière a remis le verbatim à la chercheure en utilisant des noms fictifs et conserve l'enregistrement dans un endroit sûr.

#### *Procédures d'analyse des données*

Le matériel à analyser comportait plus de 60 heures d'entrevues sur cassettes audio. Toutes les entrevues ont été transcrites intégralement mis à part les passages où la chercheure présentait fidèlement le contenu écrit dans les documents lors des entrevues de groupe. Il en résulte 1 542 pages de texte à simple interligne. La chercheure a transcrit elle-

même environ le quart du matériel, notamment les entrevues de groupe qui se sont souvent avérées plus difficiles à entendre, les répondants ayant eu tendance à prendre la parole en même temps. Toutes les autres transcriptions ont été produites par la même personne et ont été révisées et corrigées par la chercheure à partir des enregistrements.

L'analyse des données a été faite simultanément à la collecte des données, de façon similaire à la méthode d'analyse de la théorisation ancrée, tel que le suggèrent Guba et Lincoln (1989). Nous avons réalisé une analyse de contenu, soit une analyse systématique des idées exprimées (Mayer et Ouellet, 1991) par les répondants. Mayer et Ouellet (1991) rapportent la définition de l'analyse de contenu proposée par Nadeau, soit « une méthode de classification ou de codification des éléments d'un message dans des catégories propres à mettre en évidence les différentes caractéristiques en vue d'en faire comprendre le sens » (p. 475). Il s'agit dans cette étude d'une analyse de contenu *directe*, c'est-à-dire qu'elle porte essentiellement sur le sens littéral ou manifeste des propos exprimés plutôt que sur le sens latent des discours (Mayer et Ouellet, 1991). Pour chacune des entrevues, une synthèse a été rédigée et soumise au répondant à des fins de validation. Cette partie de l'analyse pourrait être qualifiée de verticale. Puis, au fur et à mesure, de façon horizontale, les synthèses étaient comparées et intégrées à une construction émergente du modèle d'intervention de l'équipe.

Au départ, nous avons identifié les grands thèmes qui nous apparaissaient fondamentaux pour décrire un modèle d'intervention. Comment, tout d'abord, nommer le modèle? Comment le définir en quelques mots? Quelles valeurs guident l'intervention? Comment se situe l'intervention par rapport à celle des autres ressources? À quels besoins cherche-t-on à répondre? Comment le fait-on? Le fait-on seul ou avec des partenaires? Quels outils utilise-t-on? Une entrevue basée sur ces thèmes a été réalisée comme pré-test. Elle a été transcrite intégralement, résumée et analysée. Ceci a permis de constater que les thèmes couvraient de façon appropriée le matériel nécessaire pour répondre aux questions de recherche. Par ailleurs, la partie portant sur les *outils* apparaissait très lourde (plusieurs outils maison plus ou moins utilisés) et peu révélatrice de l'intervention. Cette partie a été retirée. L'exercice d'analyse avait permis valider les grands thèmes qui serviraient à la première classification des données, et de déterminer des sous-thèmes.

Les transcriptions des six premières entrevues ont fait l'objet d'une codification plus fine issue de l'examen des données (voir annexe 18). Le logiciel d'analyse des données qualitatives (Nonnumerical Unstructured Data Indexing Searching Theorizing - NUDIST) a servi de support à cette étape. La liste des thèmes a été bonifiée au fur et à mesure. Certains thèmes ont été ajoutés et d'autres formulés de façon plus satisfaisante. Les catégories *Aspects satisfaisants*, *Aspects non satisfaisants* et *Améliorations souhaitées* ont été ajoutées. Rapidement, il est apparu que les thèmes et sous-thèmes permettaient de bien classer l'ensemble des données recueillies. Le codage systématique de l'ensemble des données s'est avéré une tâche extrêmement longue, et cet exercice nous est apparu plus ou moins utile étant donné la redondance des données récoltées et la facilité relative de les relier à l'idée ou aux idées qui se consolidaient peu à peu. Par la suite, le travail de peaufinage par rapport aux choix des concepts utilisés et à leur organisation s'est poursuivi dans le courant des préférences apportées par les membres de l'équipe tout au long de la recherche. Bien que tous ces changements n'aient pas été faits avec le support d'un logiciel d'analyse, toute l'information est contenue en détails dans les nombreuses productions écrites présentant les données, les synthétisant et les mettant en contraste.

Nous avons recherché des idées, des faits, des points de vue à partager et à confronter, plutôt qu'une quantification quelconque en terme de fréquence ou de force des données. L'analyse porte sur le contenu manifeste plutôt que sur le contenu latent, c'est-à-dire sans chercher à inférer, à dépasser les données de façon à en interpréter le sens qui se cacherait derrière (Mayer et Ouellet, 1991). Les données, dont l'ampleur et la diversité étaient considérables, provenaient de significations particulières auxquelles les cliniciens, de discipline, de culture, de croyances et d'expériences différentes, cherchaient à défendre. Il aurait été difficile d'en suggérer une interprétation plus abstraite à cette étape-ci. Intégrer de façon systématique toutes ces données, dans un tout cohérent et simplifié qui satisferait les membres de l'équipe au terme d'une négociation, relevait déjà tout un défi.

Immédiatement après chaque entrevue, au cours de la transcription ou de la révision de la transcription de l'entrevue et de la rédaction de la synthèse, la chercheuse colligeait ses idées, questionnements et impressions dans son journal de bord. Elle y a noté également les décisions, les choix et les réorientations faites en cours de route. Ces notes ont été fort

utiles afin de structurer ses réflexions autour de thèmes et répondre à la quatrième question de recherche qui porte sur l'évaluation globale de l'approche utilisée dans cette étude.

Ainsi, l'analyse des données a pris forme dans la réalisation de nombreux documents sans cesse retournés aux membres de l'équipe, conformément au principe de la dialectique. Le tableau 3 représente les principales étapes de l'analyse et les constructions littérales qui en ont découlé.

### **Critères de rigueur**

Guba et Lincoln (1989) proposent plusieurs critères de rigueur d'une recherche se situant dans le cadre constructiviste. Il s'agit de la crédibilité, de la transférabilité, de la fiabilité, de la confirmation et de l'authenticité.

#### *Crédibilité*

La crédibilité consiste à s'assurer de la correspondance entre les constructions des participants et les constructions énoncées par la chercheuse. La crédibilité de cette étude est assurée de différentes façons. Tout d'abord, des transcriptions intégrales des entrevues constituent le matériel de départ. Toutes les synthèses rédigées ont été validées par les répondants. Les données récoltées et les analyses ont continuellement été retournées aux membres de l'équipe dans des rapports écrits et présentées oralement par la chercheuse. Le modèle émergent a fait l'objet d'importantes sessions de travail en équipe. Les membres de l'équipe se sont exprimés tout au long de l'étude sur la vraisemblance des données, sur l'adéquation du choix des thèmes et des sous-thèmes, et de leur organisation les uns par rapport aux autres, ainsi que sur les conclusions de la chercheuse par rapport au caractère convergent ou divergent des points de vue. La quasi-totalité des éléments du corpus ont trouvé leur place dans le modèle.

Tableau 3

*Étapes de l'analyse des données et textes produits*

PHASES D'ANALYSE	TÂCHES	SYNTHÈSES ET CONSTRUCTIONS
Établissement d'un canevas d'analyse de départ	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Transcription intégrale des entrevues</li> <li>○ Codification du texte à l'aide de NUDIST (6 premières entrevues)</li> <li>○ Identification des principaux thèmes pouvant structurer l'information</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Synthèses pour chacune des entrevues (environ 6 pages)</i></li> <li>○ <i>Conception de l'équipe (juin, 2001) (33 pages)</i></li> <li>○ <i>Implantation, aspects satisfaisants, moins satisfaisants et améliorations souhaitées (juin, 2001) (14 pages)</i></li> <li>○ <i>Perceptions des informateurs clés (février, 2003) (25 pages)</i></li> <li>○ <i>Constats (février, 2003) (9 pages).</i></li> <li>○ <i>Synthèse de l'entrevue de groupe (présentation des perceptions des informateurs clés) (7 pages) (non remise à l'équipe)</i></li> <li>○ <i>Perspectives (juin, 2003) (58 pages)</i></li> </ul>
Synthèses	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Transcription intégrale des entrevues</li> <li>○ Lecture : soulignement des éléments nouveaux ou contradictoires</li> <li>○ Rédaction des impressions dans le journal</li> <li>○ Rédaction des synthèses en fonction des thèmes à la base du modèle d'intervention.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Synthèse de l'entrevue de groupe (présentation des Perspectives) (2 pages) (non remise à l'équipe)</i></li> <li>○ <i>Synthèse des données récoltées sur le modèle d'intervention de base en santé mentale (septembre 2003) (25 pages)</i></li> <li>○ <i>Synthèse : Deuxième entrevue auprès des membres de l'équipe (février, 2004) (33 pages)</i></li> <li>○ <i>Modélisation de l'intervention d'une équipe de base en santé mentale en CLSC et éléments à considérer dans la recherche de consensus (mai 2004) (50 pages)</i></li> <li>○ <i>Synthèse de la première et deuxième rencontre d'équipe pour la recherche de consensus (3 entrevues) (juin 2004) (31 pages)</i></li> <li>○ <i>Synthèse de la troisième rencontre d'équipe pour la recherche de consensus (14 pages)</i></li> <li>○ <i>Synthèse de la quatrième rencontre d'équipe pour la recherche de consensus (3 entrevues pour rejoindre tous les membres de l'équipe) (non remise au membre : intégrée au modèle émergent) (15 pages)</i></li> <li>○ <i>Modèle d'intervention de première en santé mentale : Validation des résultats de la démarche de recherche de consensus produite dans le cadre d'une étude de cas (septembre, 2004) (41 pages)</i></li> <li>○ <i>Modèle d'intervention de première ligne en santé mentale (janvier 2005).</i></li> </ul>
Énonciation du modèle d'intervention émergent (significations communes et divergentes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comparaison des synthèses avec le modèle émergent.</li> </ul>	

Un autre moyen d'assurer la crédibilité correspond à l'engagement du chercheur et à son intégration dans le milieu durant une période suffisamment prolongée pour contrer les effets de désinformation ou de distorsion éventuels. Ceci permet d'établir avec les répondants un climat de confiance propice à l'expression de leurs constructions (Guba et Lincoln, 1989). Dans cette étude, la disponibilité de la chercheuse, le fait d'avoir rencontré chaque membre de l'équipe individuellement en plus des rencontres de groupe, de leur avoir assuré le droit de se rétracter s'ils le désiraient sont autant de facteurs qui ont certainement encouragé l'expression de leurs points de vue. La chercheuse a démontré tout au long des entrevues une attitude empathique et de l'ouverture à tous les points de vue.

Par ailleurs, le directeur et la codirectrice de thèse ont assuré un suivi étroit tout au long de l'étude en examinant les transcriptions d'entrevue, les synthèses qui en étaient faites, de même que les versions produites du modèle émergent. Des rencontres régulières entre la chercheuse et ses directeurs ont permis de mettre en lumière des biais pouvant se glisser dans l'analyse et de discuter des décisions à prendre (*peer debriefing*). La tenue d'un journal de bord a contribué à contrer les effets de la subjectivité de la chercheuse aux différentes étapes de l'étude. Cette dernière y inscrivait ses réactions, les écarts entre ses propres constructions et celles des répondants. Le fait de prendre conscience de ces écarts, d'en discuter avec ses directeurs, a contribué à préserver son objectivité au cours des entrevues et de l'analyse des données.

### *Transférabilité*

La transférabilité correspond à un jugement provenant d'un auditoire extérieur par rapport à l'utilité des résultats pour lui-même. Des données basées sur un seul cas ne pourraient être généralisées. Ainsi, le modèle d'intervention construit localement dans cette étude ne pourrait être transféré intégralement dans un autre milieu. Bien que la situation étudiée ici nous apparaisse typique du développement de l'intervention en santé mentale dans un CLSC, L'appropriation d'une intervention par d'autres personnes requiert une traduction, une adaptation et une réinvention de cette intervention. Ainsi, les résultats de cette démarche deviennent pour une autre équipe une *construction extérieure* à laquelle elle pourra réagir et dont elle pourra s'inspirer pour enrichir sa propre construction. Les

descriptions détaillées des étapes de l'étude et des résultats éclaireront le jugement porté de l'extérieur.

### *Fiabilité*

La fiabilité correspond à la possibilité de retracer le trajet parcouru pour pouvoir juger du bien-fondé des décisions prises. La méthode utilisée est présentée en détails. La transformation de la construction collective pourrait être révisée en consultant les textes écrits où tous les changements sont systématiquement consignés et mis en lien avec les discussions tenues avec les répondants. Les points obscurs étaient relevés par les directeurs de thèse, ce qui a permis d'apporter des clarifications. De plus, le fait que la chercheuse ait été la seule à effectuer les entrevues et à analyser les données a assuré la constance et l'uniformité dans la façon de poser les questions et de classer les données.

### *Confirmation*

La confirmation signifie que les résultats ne sont pas le produit de l'imagination du chercheur. Ce critère est respecté par la disponibilité des verbatims. La présentation des résultats est abondamment illustrée par des extraits de verbatims. Le fait que l'analyse se limite surtout au contenu manifeste diminue le risque d'échapper à ce critère.

### *Authenticité*

Guba et Lincoln (1989) reconnaissent différentes dimensions à l'authenticité. Ce critère a trait à la mesure dans laquelle les différentes constructions et les valeurs qui les sous-tendent sont sollicitées et honorées. Les points de vue de tous les membres de l'équipe et de la quasi-totalité des partenaires directs de l'équipe ont été sollicités, entendus et fidèlement transmis dans les documents d'analyse. Les différences et les points obscurs ont été décrits et ont entraîné une recherche minutieuse de nouvelles données éclairantes dans les écrits (*authenticité éducative*). Les rencontres de groupe entre les membres de l'équipe ont maintes fois donné l'occasion de débattre les idées et de partager les interrogations et inquiétudes dans le respect de chacun. Ce travail a conduit à une augmentation de la conscience des membres par rapport à la difficulté d'énoncer clairement et de convenir de

leur modèle d'intervention. Le processus a conduit à l'amélioration d'une construction collective émergente (*authenticité ontologique*). L'*authenticité catalytique* correspond à la mesure dans laquelle le processus a stimulé les consensus sur les actions à entreprendre et l'enclenchement réel de changements. Les négociations ont conduit à une représentation partagée du modèle d'intervention. Les dissensions sont décrites et respectées. Il serait impossible d'affirmer si, concrètement, le processus a entraîné la production d'actions nouvelles. Enfin, les membres de l'équipe sont demeurés maîtres des processus réalisés, ce qui a trait à l'*authenticité tactique*. Ce critère par lequel les répondants sont amenés à prendre du pouvoir a été soutenu par la flexibilité du devis de l'étude. Cependant, il est possible que des événements survenus au cours de l'étude aient pu influencer cette prise de pouvoir pour certains membres de l'équipe. Cet aspect sera discuté plus à fond dans les chapitres suivants.

### Considérations éthiques

Les membres de l'équipe se sont engagés sur une base volontaire après avoir pris connaissance d'une entente écrite, présentée par la chercheure. La possibilité de se retirer du projet à tout moment a été assurée, de même que le respect de l'anonymat des données récoltées dans les rapports de recherche et de la confidentialité des informations qui permettraient de les identifier. Tous les participants ont préalablement signé un formulaire de consentement sur lequel étaient indiqués clairement le but de l'étude et la nature de la participation demandée. Les participants comprennent qu'il peut être impossible de préserver l'anonymat entre tous les partenaires étant donné le choix des répondants et la circulation des points de vue (Guba et Lincoln, 1989). Les participants étaient libres de participer ou non aux entrevues individuelles ou de groupe. Ils avaient la possibilité de se rétracter ou de modifier l'information lors de la validation. Les corrections demandées visaient surtout à apporter des clarifications, à changer des termes par d'autres avec lesquels ils étaient plus familiers. Quelques demandes ont été exprimées en vue de retirer des passages jugés compromettants ou de reformuler de façon plus prudente l'information. Les corrections demandées ont été rigoureusement apportées.

La procédure pour récolter les données auprès des clientes et des clients a permis d'assurer l'anonymat. Les intervenants demandaient à leurs clients de retourner de façon



anonyme leur questionnaire rempli à la chercheure. Pour ce qui est de la recherche informatisée dans la banque de données *SIC Plus – CLSC*, la chercheure n'avait accès qu'à des listes de numéros de dossiers. Ainsi, il lui était impossible d'identifier les personnes utilisatrices des services de l'équipe de santé mentale.

Le projet de recherche a été approuvé par le Comité de déontologie d'une institution d'enseignement universitaire (voir annexe 19).

**CHAPITRE 4**  
**ANALYSES ET RÉSULTATS**

La démarche méthodologique réalisée en vue d'aider une équipe de santé mentale en CLSC à énoncer son modèle d'intervention et, éventuellement, à le consolider, est décrite au chapitre précédent. Ce chapitre présente les résultats obtenus. La première partie rapporte l'histoire de l'équipe et les caractéristiques des membres qui la composent. Ensuite, les données sont présentées conformément à l'ordre des cinq grandes étapes dans lequel elles ont été récoltées, à savoir : a) la première série d'entrevues individuelles réalisées auprès des membres de l'équipe (première étape), b) les entrevues menées auprès des partenaires de l'équipe (deuxième étape), c) la présentation de notions théoriques tirées d'écrits en vue d'alimenter la réflexion des membres de l'équipe (troisième étape), d) la deuxième série d'entrevues individuelles auprès des membres (quatrième étape) et e) les entrevues visant la recherche d'un consensus entre les membres et la construction du modèle d'intervention issu de ce consensus (cinquième étape) (voir figure 1). Enfin, la dernière partie de ce chapitre présente les données relatives à l'appréciation des membres de l'équipe par rapport à la démarche réalisée dans le cadre de cette étude.

Les réponses aux quatre grandes questions de recherche posées initialement sont apportées dans l'une ou parfois plusieurs des sections thématiques résultant de l'analyse des données. La première question vise à décrire la nature et les caractéristiques du modèle d'intervention de l'équipe. La réponse à cette question se trouve dans la représentation initiale du modèle issue de l'intégration des conceptions de chaque membre de l'équipe (première étape), ainsi que dans la version consensuelle ayant émergé en fin de processus (cinquième étape). La deuxième question de recherche concerne les aspects satisfaisants du modèle et ceux qui le sont moins. En fait, les appréciations des membres de l'équipe en regard des différents éléments de leur modèle d'invention ont surgi incessamment des discussions à toutes les étapes de l'étude. Des éléments de réponse à cette question sont donc apportés tout au long de ce chapitre sous divers thèmes évoquant une amélioration possible ou souhaitée. La troisième question vise à décrire le processus de reconstruction réalisé dans l'étude. La description de ce processus est contenue dans la présentation chronologique des données récoltées à chacune des étapes du cheminement parcouru par l'équipe. Enfin, la réponse à la dernière question de recherche, qui a trait à l'appréciation de

la valeur du processus de reconstruction réalisé, fait l'objet de la dernière partie de ce chapitre.

### Histoire de l'équipe de base Santé mentale

Des membres de l'équipe rapportent qu'initialement, aux alentours de l'année 1997, l'équipe de base Santé mentale n'était formée que de trois personnes (une infirmière, une travailleuse sociale et une éducatrice spécialisée). À partir de l'année 1998, l'équipe s'est agrandie graduellement dans le cadre de la réforme du réseau de la santé. D'autres intervenants, surtout des *agentes de relations humaines*<sup>3</sup>, se sont ajoutés graduellement, de même qu'un psychologue. De plus, en 2000, une équipe de *Suivi intensif dans le milieu* (SIM), mise sur pied par le centre hospitalier (CH) avoisinant, a été transférée au CLSC et intégrée à l'équipe de base. Quelques mois plus tard, les deux équipes se séparaient en raison des particularités distinctes de leurs programmes et de leurs clientèles. En 2002, la Clinique sans murs a été transférée du CH au CLSC et intégrée à l'équipe de base. Il s'agit d'un programme de traitement pour *personnalité avec structure limite*.

Dans le contexte du virage ambulatoire, l'intention de créer une équipe de base était de ramener l'intervention en santé mentale le plus près possible de la communauté. On cherchait à maintenir dans leur milieu de vie, les personnes souffrant de troubles mentaux graves, et à répondre aux besoins de ces dernières en tenant compte des séjours d'hospitalisation de plus en plus courts. Selon la compréhension de certains membres, l'équipe avait également comme rôle celui d'offrir des services qui étaient habituellement dispensés par les cliniques externes de psychiatrie, la mission de celles-ci ayant été restreinte à l'offre de services de deuxième ligne, c'est-à-dire principalement l'établissement du diagnostic et le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux graves non stabilisés.

Au début de l'étude, en 2001, l'équipe de base Santé mentale existait depuis trois ans. Elle était composée de cinq professionnels et professionnelles engagés à plein temps :

---

3. Titre donné aux intervenants possédant un baccalauréat en travail social, en psychologie ou autre domaine connexe.

deux agents de relations humaines (ARH), un psychologue, un psychoéducateur et une infirmière. Deux autres ARH occupaient des postes à raison de trois jours par semaine. À ces professionnels, s'ajoutait le chef de programme. Un médecin du CLSC était assigné à l'équipe. Le tableau 4 présente le profil des membres de l'équipe, leur présence dans l'équipe aux différentes périodes de l'étude et leur participation à chacune des étapes. En tout, 16 personnes ont fait partie de l'équipe durant l'étude, le médecin attitré inclus. Six membres ont été présents du début à la fin (de janvier 2001 à juin 2004). Sept membres se sont joints en cours de route, dont les deux cliniciens chargés d'implanter la Clinique sans murs (un psychologue et une travailleuse sociale), un médecin ainsi qu'une éducatrice spécialisée. L'équipe a perdu six de ses membres durant l'étude, dont deux chefs de programme.

La majorité des membres de l'équipe portent le titre d'agents de relations humaines. Tous détiennent une formation en travail social, sauf l'un d'eux dont la formation est de premier cycle en psychologie. Le psychoéducateur a complété une formation comme psychologue. Il a été affecté à un autre service vers la fin de la première étape de l'étude. Une seule infirmière fait partie de l'équipe. Au cours des derniers mois de l'étude, celle-ci a exercé par intérim la fonction de chef de programme. Elle a été remplacée par une autre infirmière. L'un des psychologues rattachés à l'équipe intervient essentiellement auprès de la clientèle souffrant de troubles transitoires, tandis que l'autre est affecté à la Clinique sans murs. Tous, sauf deux d'entre eux, occupent un emploi à temps plein. Onze membres détiennent ou détenaient un poste tandis que cinq d'entre eux occupent (ou occupaient) un remplacement. La majorité (14 membres) détiennent une formation universitaire de premier cycle et sept d'entre eux ont obtenu une maîtrise.

Un médecin du CLSC est présent à la rencontre de l'équipe durant laquelle la chercheuse présente l'étude. Ce médecin est réputé pour son implication dans le domaine de la santé mentale et sa participation sur des comités de travail provinciaux sur les services de santé mentale au Québec. Il connaît bien l'équipe de base, mais il est présentement attitré à l'équipe SIM. Ne se considérant pas comme un membre faisant véritablement partie de l'équipe, il préfère participer à l'étude à titre de partenaire.

Tableau 4

*Profil des membres de l'équipe et participation à chacune des étapes*

MEMBRES CHARGÉS DU SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ											PARTICIPATION AUX ENTREVUES INDIVIDUELLES ET DE GROUPE										
Membres <sup>1</sup>	Disciplines				Formation (cycles)		Expérience (années)		Statut d'emploi (temps)		Étape 1 Ind	Étape 1 Gr	Étape 2 Gr	Étape 3 Gr	Étape 4 Ind	Étape 5 (négociation en groupe 1-4)				Appréciation de l'étude Gr	
	TS ARH	INF	PSY	ÉD SPÉC	1 <sup>c</sup>	2 <sup>c</sup>	<5	5-10	>10	plein						partiel	1 SG 1-2 <sup>c</sup>	2	3		4 SG 1-2-3
Fannie *		✓			✓	✓			✓	✓	✓	✓			✓	✓ (2)	✓	✓ <sup>2</sup>	✓ (1)	✓	
Raphaël		✓			✓		✓		✓	✓								✓ <sup>3</sup>		✓	
Sonia	✓				✓				✓		✓ <sup>4</sup>	✓	✓		✓	✓ (1)	✓		✓ (1)	✓	
Annie	✓				✓		✓			✓ <sup>5</sup>	✓	✓	✓		✓						
Mylène *	✓ <sup>6</sup>				✓	✓			✓	✓		✓	✓		✓	✓ (1)	✓	✓	✓ (1)		
Diane *	✓				✓ <sup>7</sup>			✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓ (1)	✓		✓ (2)	✓	
Patricia	✓				✓		✓		✓	✓		✓	✓	✓							
Cathie				✓				✓		✓			✓	✓							
Véronique*				✓			✓		✓	✓						✓ (1)	✓				
Hugo *			✓ <sup>8</sup>		✓	✓			✓	✓	✓	✓									
SERVICE DE PSYCHOTHÉRAPIE																					
Simon *			✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ (1)	✓	✓	✓ (1)		
CLINIQUE SANS MURS																					
François *			✓		✓	✓			✓	✓		✓		✓		✓ (2)			✓ (3)	✓	
Anne *	✓				✓				✓	✓	✓					✓ (2)			✓ (2)	✓	
CHEFS DE SERVICE																					
Sylvain *					✓	✓			✓	✓	✓										
Stéphane *					✓	✓			✓	✓		✓	✓	✓		✓ (1)					
Marc *	MÉDECIN RATTACHÉ À L'ÉQUIPE : consultant à temps partiel											✓	✓	✓							

<sup>1</sup>. Noms fictifs

<sup>2</sup>. Assume la fonction de chef d'équipe par intérim

<sup>3</sup>. Comme infirmière en remplacement de Fanny

<sup>4</sup>. Temps partiel à 28 heures par semaine

<sup>5</sup>. Temps partiel à 21 heures par semaine

<sup>6</sup>. Agente de liaison en plus d'être intervenante

<sup>7</sup>. Études de premier cycle en psychologie

<sup>8</sup>. Double formation : psychologue et psychoéducateur

\* Occupent un poste

TS : Travailleuse sociale ou travailleur social

ARH : Agente de relations humaines

INF : Infirmière ou infirmier

ED SPES : Éducatrice spécialisée ou éducateur spécialisé

IND : Entrevue individuelle

GR : Groupe SG : Sous-groupes (1), (2) ou (3)

Un deuxième médecin, absent lors de la présentation de la recherche, est considéré comme faisant partie de l'équipe par certains membres, tandis que lui-même définit plutôt son rôle comme personne ressource assignée à l'équipe, lui apportant du soutien en tant que consultant. Il explique qu'il voit un très grand nombre de clients et de clientes sans même savoir s'ils ou elles sont suivis par l'équipe de base. De plus, il s'occupe essentiellement des problèmes de santé physique. Ayant peu de liens avec l'équipe, il s'interroge sur la pertinence de sa participation à l'étude. Il est convenu de l'inviter tout de même à participer aux différentes étapes au fur et à mesure de leur déroulement.

### **Caractéristiques des clientèles des services de santé mentale du CLSC entre le mois de janvier et le mois de juin des années 2001 et 2004**

Nous avons tenté, à partir des données extraites de la banque de données *SIC Plus – CLSC*, transférées dans le logiciel *EXCEL*, de dresser un portrait des clientèles respectives des équipes de santé mentale du CLSC. Le personnel spécialisé qui a accompli la recherche informatisée dans la banque de données rapporte des réserves importantes à l'endroit des données fournies, particulièrement celles extraites pour la période considérée dans l'année 2001. À cette époque, elles en étaient qu'à la phase d'implantation du système informatique. Selon leurs dires, il a été difficile de convaincre les cliniciens et les cliniciennes de rapporter fidèlement et minutieusement les statistiques demandées. Cette tâche, ajoutée à un fardeau déjà lourd, était souvent vue comme harassante et d'importance secondaire, ce qui a probablement influencé la qualité de la codification. De plus, tout particulièrement dans le secteur de la santé mentale, les diagnostics ou les problèmes à inscrire apparaissaient vraiment confondants, ce qui a entraîné des problèmes importants d'interprétation et de codage. Plusieurs mises au point auraient été nécessaires. Par exemple, il a pu arriver qu'un client atteint d'un trouble mental grave consulte de façon ponctuelle, durant la période de temps retenue, à la suite d'un stress résultant d'un conflit passager, et que le clinicien note « Autre raison ». Cette personne ne serait alors pas retracée parmi celles souffrant de trouble psychotique même si elle avait reçu un diagnostic de *schizophrénie* auparavant. Quoiqu'il en soit, les données sont présentées au tableau 5.

Tableau 5

Caractéristiques des clientèles des services de santé mentale du CLSC entre le mois de janvier et le mois de juin des années 2001 et 2004

	SIM <sup>1</sup>	PSYCHOSOCIAUX ADULTE		ÉQUIPE DE BASE (Psychothérapie)		ÉQUIPE DE BASE (Clinique sans murs) <sup>2</sup>	ÉQUIPE DE BASE (Suivi dans la communauté)	
		2001	2004	2001	2004		2001	2004
<b>PÉRIODES ENTRE JANVIER ET JUIN</b>	<b>2001</b>							
<b>DIAGNOSTICS DE TROUBLES MENTAUX ET COMORBIDITÉ</b>								
I Troubles psychotiques	22 (33%)	0	1	0	1	0	16 (12 %)	73 (46%)
II Troubles non psychotiques	22 (33%)	53 (34 %)	31 (19 %)	76 (94%)	63 <sup>8</sup> (95%)	47 (96 %)	84 (65 %)	0
III Abus de substances (alcool, drogue ou médicaments)	0	0	0	0	0	0	0	0
I et II	2	1	0	1 (1 %)	1	0	9	0
I et III	0	0	0	0	0	0	0	0
II et III	0	0	0	0	0	0	0	0
I, II et III	0	0	0	0	0	0	0	0
Mention de « autre raison » cochée en plus des diagnostics précédents	8	51	30	3	5	4	42	9
Aucun de ces troubles	21 (31%)	101 (65 %)	133 (81 %)	4 (5%)	1 (2 %)	2 (4 %)	21 (16 %)	85 (54 %)
<b>CLIENTS DANS LE PROGRAMME</b>	<b>67</b>	<b>155</b>	<b>165</b>	<b>81</b>	<b>66</b>	<b>49</b>	<b>130</b>	<b>158</b>
<b>NOMBRE D'INTERVENANTS ÉQUIVALENT TEMPS-PLEIN</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	Équivalent de 6½ à environ (5 à temps plein et 2 à temps partiel (21 et 28 heures/ semaine)	Équivalent de 4½ à environ (3 à temps plein et 2 à temps partiel (21 et 28 heures/ semaine)

<sup>1</sup>SIM : En 2004, les statistiques pour l'équipe SIM n'étaient plus relevées au CLSC, mais au CH.

<sup>2</sup>La Clinique sans murs n'était pas en place en 2001.



Les données se rapportant à l'équipe SIM datent de 2001, et ne sont plus disponibles dans la banque *SIC Plus – CLSC* depuis que cette équipe a été rattachée au CH. Les données pour l'équipe SIM apparaissent peu crédibles puisqu'un suivi intensif dans le milieu pourrait difficilement rejoindre une clientèle dont les deux tiers ne seraient pas atteints de *troubles psychotiques*. Pour cette équipe, le ratio serait de 17 clients par intervenant. En revanche, les données relatives à l'équipe des services Psychosociaux, apparaissent plus probables. Celles-ci indiquent que la majorité des clients se situent dans la catégorie de ceux n'ayant pas de troubles mentaux diagnostiqués (65 % en 2001 et 81 % en 2004) et des proportions moins importantes et décroissantes pour les troubles non psychotiques (34 % en 2001 et 19 % en 2004). Ceci peut s'expliquer par l'arrivée du service de Psychothérapie et aussi par la consolidation de services spécifiquement voués à la santé mentale au CLSC. Quatre intervenants de cette équipe auraient vu 155 clients différents en 3 mois. Les données disponibles ne permettent pas d'estimer le nombre d'interventions ou de visites par client.

Les données indiquent qu'un trouble non psychotique est la catégorie qui touche la majorité de la clientèle suivie par le psychologue rattaché à l'équipe. Ainsi, sur une période de 3 mois, un seul psychologue aurait vu 81 clients en 2001 et 66 en 2004. Si les clients sont vus aux 2 semaines en moyenne, le psychologue ferait environ 33 entrevues par semaine. Les données relatives à la Clinique sans murs indiquent, de façon plausible, la présence de troubles non psychotiques (troubles de la personnalité) chez la quasi-totalité de la clientèle. Les données reçues pour l'équipe de suivi dans la communauté présentent une incongruité pour la catégorie « Aucun de ces troubles ». Elles indiquent qu'à ces débuts, en 2001, l'équipe voyait davantage de personnes présentant des troubles non psychotiques (65 % de sa clientèle) que de personnes souffrant de troubles psychotiques (12 %). Cette caractéristique s'est inversée en 2004, puisque la clientèle ayant des troubles non psychotiques aurait entièrement disparue, tandis que celle souffrant de troubles psychotiques aurait plus que doublé (46 %). Par contre, les 85 clients classés dans « Aucun de ces troubles » ressortent ici comme données manquantes. En 2004, si l'on considère que l'un des intervenants occupe la moitié de son temps à faire de la liaison (rôle discuté plus loin dans ce chapitre), environ 4 intervenants se partageraient le suivi de 158 clients, ce qui reviendrait à une charge d'environ 40 clients chacun. Par ailleurs, les données ne relèvent aucun problème d'abus d'alcool ou de drogue. Cette aberration peut possiblement

s'expliquer par une tendance des membres à ne pas porter d'attention à cette dimension. Cet exercice corrobore les conclusions du Vérificateur Général du Québec (2003), à l'effet que l'information globale sur la clientèle desservie (caractéristiques démographiques, besoins en matière de services et diagnostics posés) ne sont pas disponibles.

### **Première étape : modèle d'intervention selon les membres de l'équipe**

La première étape consistait à récolter des données auprès de chacun des membres de l'équipe, interviewé individuellement, en vue d'énoncer la construction la plus juste et la plus complète possible de leur modèle d'intervention (voir figure 2). Les questions posées à cette étape couvraient les cinq grands thèmes suivants : a) une définition globale du modèle, b) les valeurs à la base des interventions, c) les clientèles et les besoins ciblés, d) les interventions et e) les collaborations entre les membres de l'équipe et avec les partenaires. Tout au long de ce premier cycle d'entrevues, les conceptions personnelles de tous les membres ( $n = 8$ ) ont été intégrées dans l'énoncé d'une première construction collective. Celle-ci correspond aux aspects qui semblent se fondre dans une vision commune, dont nous présentons la synthèse pour débiter cette partie. Comme on s'y attendait, les données récoltées lors des entrevues indiquent des zones de confusion ou de désaccord. Celles-ci sont décrites sous différents thèmes, indépendamment du nombre de personnes y ayant fait allusion. Le but est de favoriser un examen aussi complet et critique que possible des différents points de vue exprimés, plutôt que de mettre l'accent sur le nombre d'intervenants qui les soutiennent. Pour éviter chez le lecteur la saturation de données pouvant résulter du fait que les mêmes thèmes allaient être considérés, reconsidérés et raffinés tout au long de l'étude, nous avons choisi de présenter la synthèse des points de vue ralliant les membres de l'équipe sans rapporter d'extraits de leurs propos. Par contre, les données indiquant les zones de confusion ou de désaccord et les idées ressortant des discussions soulevées sont abondamment accompagnées d'extraits.

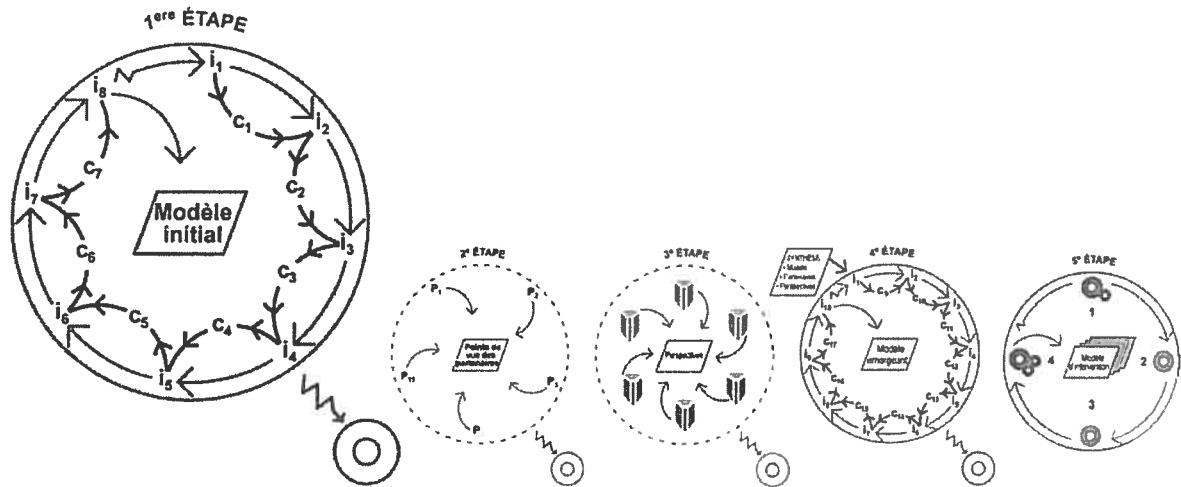


Figure 2. Première étape

Cette première construction a été présentée aux membres de l'équipe lors d'une entrevue de groupe ( $n = 8$ ), à laquelle six des personnes interviewées et deux nouveaux membres ont participé. Ceux-ci ont pu y réagir, apporter des précisions et débattre quelques idées. L'essentiel de ces échanges est rapporté au fur et à mesure sous les thèmes respectifs. Notons toutefois que l'objectif de ce retour de l'information consistait à alimenter la réflexion des membres de l'équipe et non à relever de façon systématique leurs réactions ou à rechercher un consensus. Enfin, les réactions et les réflexions de la chercheuse sont rapportées à la fin de cette section.

### *Construction initiale du modèle d'intervention*

#### *Aperçu du modèle*

De façon spontanée, les membres de l'équipe utilisent différents concepts qui pourraient, selon eux, représenter en un mot leur modèle d'intervention. Certains concepts reflètent de grands buts, comme par exemple l'*empowerment*, la responsabilisation, la résolution de problèmes et le développement des habiletés sociales. D'autres traduisent plutôt un type de suivi, à savoir le suivi communautaire, un service de base, un suivi non intensif ou un *entre-SIM*.

Les membres se donnent comme but de répondre, dans la communauté, aux besoins des personnes atteintes d'un trouble mental. Parmi ces personnes, ils distinguent trois sous-clientèles. La première correspond aux personnes atteintes d'un trouble grave qui, en raison

d'une désorganisation dans les activités de la vie quotidienne, ont besoin de soutien pour demeurer dans la communauté. Ces personnes sont référées à l'un des membres de l'équipe pour un suivi psychosocial. Les personnes appartenant au deuxième groupe parviennent, malgré un trouble mental transitoire ou grave, à fonctionner de façon autonome. Elles sont orientées vers le psychologue. Ce dernier se voue exclusivement à la pratique de la psychothérapie individuelle. Bien que rattaché à l'équipe, il s'en distingue dans les faits par un type d'intervention différent (la psychothérapie) et une clientèle distincte (principalement les personnes atteintes de troubles mentaux transitoires, mais assez graves). La troisième sous-clientsèle correspond aux personnes présentant une *personnalité à structure limite*. Celle-ci sera bientôt rejointe par la Clinique sans murs qui est sur le point d'être implantée au moment où prend fin cette première étape de l'étude. Il s'agit d'un programme de psychothérapie de groupe implanté et appliqué par deux intervenants, un psychologue et une travailleuse sociale. Le programme est complété par un suivi individuel assuré par l'un des intervenants de l'équipe de base. Les données récoltées dans cette étude se rapportent presque exclusivement au suivi dans la communauté offert par les membres de l'équipe. La psychothérapie exercée par le psychologue n'est que brièvement abordée. Il en est de même pour le programme de la Clinique sans murs qui est d'ailleurs décrit de façon précise.

### *Valeurs*

L'ensemble des membres de l'équipe se rallie aisément autour d'un certain nombre de valeurs sur lesquelles ils s'appuient pour juger de la qualité et de la richesse de leurs interventions. Le respect de la personne en constitue la toile de fond. Au centre de l'intervention, la personne est comprise par rapport à son unicité et à son intégrité. Elle est digne d'intérêt, d'attention et d'amour, en dépit de ses limites et de ses différences. Elle est encouragée à exercer son pouvoir sur sa vie. La responsabilité de se prendre en main lui revient, tout en ayant droit à toutes les chances possibles de recouvrer ou de développer au maximum son potentiel. Il importe de maintenir l'espoir en dépit de la gravité des problèmes rencontrés. Certains membres nomment comme valeurs la confidentialité, la qualité et la continuité des services offerts, l'accessibilité, l'efficacité et l'efficience. Certains valorisent l'interdisciplinarité et le partenariat. La créativité ressort également comme atout essentiel.

*Clientèles et besoins ciblés*

Les besoins des personnes atteintes d'un trouble mental grave sont variés et nombreux compte tenu de leur vulnérabilité, des conditions précaires dans lesquelles elles vivent souvent, de leur isolement et de la stigmatisation dont elles sont souvent victimes. De plus, elles sont particulièrement à risque de développer des problèmes de santé physique en raison du traitement pharmacologique instauré sur de longues périodes et d'habitudes de vie nocives. Ayant des difficultés sur le plan des relations interpersonnelles, elles se retrouvent souvent sans réseau de soutien. Elles peuvent éprouver de la difficulté à se procurer les soins de santé que requiert leur état. En dépit de leurs déficits, ces personnes sont vues comme ayant des capacités et un potentiel à développer. Ainsi, outre l'aide apportée à la satisfaction de besoins de base tels que s'alimenter ou se loger convenablement, les membres de l'équipe visent le recouvrement ou le développement d'habiletés cognitives ou sociales, d'un réseau de soutien ou d'un rôle social significatif. Il est aussi question d'un suivi à l'égard de l'observance de la médication prescrite. La majeure partie de la clientèle est suivie par un psychiatre.

Les besoins des personnes présentant un trouble mental *transitoire*, comme une dépression majeure ou un trouble anxieux assez grave, sont différents. Ces clients ont la capacité et souvent le désir d'entreprendre une démarche d'introspection en vue d'accroître leur bien-être. Une psychothérapie leur est alors offerte en ce sens. De même, les besoins des personnes atteintes d'une personnalité à structure limite sont couverts par le programme structuré offert dans le cadre de la Clinique sans murs.

Une autre partie de la clientèle appartient à une *zone grise*, c'est-à-dire qu'elle ne répond pas aux critères d'accès ni de l'équipe de base ni des autres équipes du CLSC. C'est souvent le cas, par exemple, des personnes atteintes d'un traumatisme cérébral ou d'une déficience intellectuelle lorsqu'elles ont déjà été traitées pour un trouble mental ou encore le cas de personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Les besoins de ces personnes varient en fonction de leur contexte respectif. Et enfin, une partie de la clientèle suivie par l'équipe vit en *résidence de type familial* (RTF).

### *Intervention*

En lien avec les valeurs qu'ils prônent, les membres de l'équipe affirment fonder leurs interventions sur des principes de responsabilisation et d'appropriation par la personne de son pouvoir d'agir. L'établissement d'un climat de confiance demeure primordial, ce qui, souvent, pose un défi important. Les interventions sont décrites comme étant globales, inspirées de plusieurs modèles théoriques, adaptées avec souplesse et créativité aux besoins des clients. *L'approche systémique planifiée à court terme* et l'utilisation optimale de l'ensemble des services et des ressources disponibles sont mentionnées par quelques membres comme repères pour guider leurs interventions. En lien avec leur discipline, leurs croyances et leurs compétences, des membres de l'équipe nomment diverses interventions qu'ils appliquent. Il peut s'agir de guider la personne dans un processus de résolution de problèmes, de dispenser de l'enseignement ou d'apporter du soutien sur le plan matériel ou psychologique. Quelques membres font allusion à des soins liés à la santé physique et à la pharmacothérapie.

Le lieu de l'intervention varie selon les conditions de la personne, les buts visés par l'intervention et les préférences des intervenants. Certains privilégient l'action avec la personne directement dans le milieu de vie, tandis que d'autres tendent à privilégier l'intervention face-à-face dans les locaux du CLSC ou un endroit tranquille. Quant à l'intensité du suivi, elle varie en fonction du niveau de désorganisation de la personne, de sa souffrance, des problèmes de santé physique présents et de la disponibilité d'un réseau de soutien satisfaisant, d'où vient l'appellation suivi de soutien non intensif ou d'intensité variable. Les rencontres varient de une, deux ou même trois fois par semaine. Elles sont graduellement espacées pour devenir bimensuelles ou mensuelles.

Toute amélioration relative au fonctionnement de la personne, si petite soit-elle, équivaut à un succès. Par exemple, le simple fait de maintenir la personne en RTF peut être considéré comme une réussite dans certains cas. Le suivi prend fin lorsque le fonctionnement de la personne dans la vie quotidienne devient satisfaisant et stable pendant trois à six mois et qu'un réseau de soutien efficace est en place. Des membres précisent que le suivi peut être interrompu lorsque l'évolution vers un scénario meilleur apparaît peu probable ou lorsque la personne n'a pas d'attentes ni la motivation nécessaire pour s'engager activement dans une démarche de résolution de problème.

### *Interdisciplinarité*

L'aspect dominant de la problématique est pris en compte pour déterminer à quel membre de l'équipe le suivi du client est assigné. La personne ayant un problème de santé physique important est orientée vers l'infirmière par exemple. Une ARH est interpellée lorsque le problème est plutôt de nature sociale (logements, conflits, etc.).

Comme les membres sont généralement les seuls intervenants auprès des personnes, une grande souplesse dans le partage des rôles s'impose. Par contre, quelques fonctions sont spécifiquement attribuées à l'un des membres de l'équipe. C'est le cas des fonctions de *liaison* assumées par l'une des agentes de relations humaines. Les soins en rapport avec la santé physique et le suivi pour la médication sont généralement le lot de l'infirmière. Le rôle de *conseiller clinique* a récemment été attribué au psychologue.

### *Partenariat*

L'équipe se situe en principe sur un continuum de services en santé mentale. Au CLSC, une santé mentale menacée, un trouble de l'adaptation ou un deuil par exemple, relèvent du domaine des *Services psychosociaux courants*. La présence d'un enfant ou d'un jeune de moins de 18 ans interpelle l'équipe *Jeunesse-enfance-famille*. L'équipe de *Soutien à domicile* intervient auprès des personnes confinées à domicile qui nécessitent des soins pour des problèmes de santé physique. Les personnes qui sollicitent d'elles-mêmes des services sont dirigées vers l'équipe *Accueil/Évaluation/Orientation* (AEO social). En plus des fonctions liées à l'accueil, cette équipe anime des groupes psychoéducatifs sur des thèmes en lien avec la santé mentale, comme par exemple la relaxation ou la gestion de conflits. Elle assure également l'intervention en situation de crise durant les heures d'ouverture du CLSC. L'équipe 24/7 prend la relève en dehors de ces heures. Le *Comité d'accès* constitue le principal lieu de discussion entre les membres de l'équipe de base Santé mentale et les collègues des autres équipes du CLSC. Y sont discutés les cas référés en vue de les orienter vers le service le plus adéquat. La concertation dans un même plan d'intervention avec les professionnels des autres programmes du CLSC n'est pas pratique courante, à l'exception peut-être de quelques suivis impliquant l'infirmière de l'équipe de base et des infirmières du programme de Soutien à domicile.

Quant aux ressources à l'extérieur du CLSC, les membres de l'équipe reconnaissent aux médecins en pratique privée un rôle déterminant par rapport au dépistage des troubles mentaux. Ces médecins font généralement équipe surtout avec les psychiatres du centre hospitalier à qui ils réfèrent des clients au besoin. Lorsque les besoins s'intensifient, les services spécialisés tels que la clinique externe de psychiatrie ou le centre hospitalier prennent la relève. Les clients sont référés à l'équipe de base lorsque leur état est stabilisé.

Pour ce qui est des organismes communautaires, les membres de l'équipe leur attribuent un rôle de prolongement ou de complément de leurs interventions. Ils les associent à la prévention par des activités éducatives, à des activités de loisir, à de l'entraide, à de l'aide sur le plan matériel et à la satisfaction des besoins d'appartenance et de valorisation. Les échanges avec les intervenants des organismes communautaires sont le plus souvent initiés par ces derniers en vue d'obtenir de l'information sur un client, de discuter ou d'informer d'une situation. Les membres de l'équipe disent inciter les clients et leurs proches à utiliser les ressources communautaires selon leurs besoins.

Dans les situations très complexes, il arrive à l'occasion, plutôt rarement, qu'un intervenant de l'équipe contribue avec différents partenaires à élaborer un *Plan de services individualisé* (PSI) et participe à l'exécution de ce plan. Enfin, l'équipe est représentée par l'un de ses membres sur le *Plan d'action local* (PAL), instance où se réunit mensuellement l'ensemble des organismes et des ressources en santé mentale.

#### *Aspects susceptibles de faire l'objet d'une consolidation éventuelle*

La partie suivante présente, pour chacun des éléments du modèle d'intervention, les aspects pour lesquels les données récoltées indiquent de l'incertitude ou un désaccord parmi les membres de l'équipe.

#### *Modèle en construction*

Tout d'abord, il est apparu ardu et parfois délicat pour les membres de l'équipe de se prononcer sur une conception d'un modèle d'intervention pouvant refléter une perspective commune. Les membres ne reconnaissent pas vraiment de cadre commun sur lequel ils pourraient s'appuyer pour orienter leur pratique. Par contre, ils se disent



convaincus de l'importance d'énoncer un modèle autour duquel ils pourraient se rallier et rapportent des efforts constants fournis en ce sens.

*C'est toute une question! Je ne saurais pas comment baptiser mon modèle présentement. C'est sûr que je ne peux pas me prononcer pour la vision commune des autres personnes. [...] On a plein de morceaux de casse-tête qu'il faudrait tout mettre en place, mais là, on est en train des chercher les morceaux. (1, 1, 12).*

*Je n'ai pas senti qu'il y avait un modèle qui se dégageait, parce que je m'y serais raccrochée. (3, 1).*

*Le nom qui me vient à l'esprit, ce serait plutôt tâtonnement. On cherche, on essaie, on vérifie, on se questionne. C'est à peu près là où on est. [...] On n'a pas encore atteint notre vitesse de croisière. [...] C'est un voyage qui... [...] ... devient de moins en moins improvisé. On commence à se trouver des cartes, des plans, à effectuer des relevés, des tracés, des itinéraires. [...] Ça ressemble moins à une aventure... [...] ... à un no where. (5, 1, 19).*

*Je ne le sais pas les limites de l'équipe. On n'a pas encore, en tout cas, moi je n'ai pas l'impression. On est après le bâtir, on est après se donner des critères. Ça on fait ça, ça on ne fait pas ça. (4, 24).*

*On n'a pas encore un modèle uniforme. Je pense que chacun intervient un petit peu avec le modèle qui lui convient. (6, 2).*

La multidisciplinarité de l'équipe ainsi que la diversité des clientèles visées compliquent l'édification d'une base commune.

*Il n'y a pas de modèle défini comme tel parce qu'on n'est pas un groupe homogène. [...] Ce n'est pas des infirmières, ce n'est pas tous des travailleurs sociaux. [...] C'est plusieurs personnes d'allégeance académique différente qui travaillent auprès d'une clientèle qui n'est pas à voir comme un bloc monolithique. [...] Si on parle de clientèles santé mentale, on ne parle pas du tout de la même chose. C'est des sous-clientèles. (5, 1).*

Les propos de quelques membres font plutôt valoir le travail considérable, accompli en dépit du tumulte ayant marqué les premières années d'existence de l'équipe. Ceux-ci croient que certains collègues peuvent avoir tendance à perdre de vue toutes les étapes qui ont dû être traversées.

*Les premières années ont été beaucoup des années pour mettre des choses en place, puis essayer de se comprendre, puis essayer de savoir c'est qui les clients qui nous arrivent, puis qui allait répondre. [...] Puis j'ai mes vingt clients à travers... [...] ... tout le temps dans l'action. [...] C'est comme ça qu'on voudrait que ce soit! Mais pas le temps de le consolider non plus. [...]*

*Il ne faut pas que ça prenne cette tournure-là! [...] Mais pas le temps de l'arrêter non plus! [...] C'est impressionnant pareil, parce que l'équipe Santé mentale, elle n'existait pas. (6, 34).*

### *Valeurs*

*Des valeurs partagées comme point de départ.* À la présentation des données lors de l'entrevue réunissant tous les membres de l'équipe à la fin de la première étape, des intervenants se sont dit rassurés de constater le consensus qui se dégage entre les membres par rapport aux valeurs prônées, comme c'est le cas par exemple pour l'importance attribuée au respect de la personne ou à la responsabilisation. Ces valeurs sont vues comme des éléments rassembleurs et de cohésion.

*Ce qui me rassure, puis ce qui m'a plu beaucoup... [...] ... ça touchait la question des valeurs. [...] Puis ça, c'était bien rassurant pour moi... [...] ... de voir l'espèce de cohérence ou de convergence de tout le monde. (2).*

*L'accessibilité, une valeur rudement mise à l'épreuve.* L'accessibilité fait partie des valeurs cruciales dont les écarts suscitent un sentiment de frustration chez les membres de l'équipe. Les délais d'attente s'allongent et ce sont les clients qui, malheureusement, en subissent les conséquences, à savoir une détérioration accrue de leur condition et le recouvrement plus lent d'un fonctionnement satisfaisant.

*J'aimerais bien pouvoir te dire des belles choses, mais c'est ça l'état de la santé mentale maintenant. Une liste d'attente! Il y en a qui sont en attente depuis le mois de mai l'année dernière (environ sept mois). [...] C'est de l'ouvrage après les rattraper. C'est plus dur. Ils sont descendus plus bas. Tu sais quelqu'un, si ça fait un mois qu'il ne mange pas, c'est dur à réorganiser. (1, 17, 31).*

*La responsabilisation de la personne : un principe difficile à appliquer.* Alors que tous les membres de l'équipe font sans réserve la promotion d'une intervention axée sur la responsabilisation des clients, quelques-uns déplorent la tendance qu'auraient certains collègues à surprotéger les clients, au détriment du développement de leur autonomie et du pouvoir qu'ils pourraient avoir sur leur vie.

*On ne prend pas tous les mêmes façons de le responsabiliser. [...] Il y a le discours, puis il y a l'action. Je pense qu'il y a des gens au niveau des valeurs ou au niveau de la pensée, quand on en parle, ça fait bien du sens, mais dans l'action ça ne transpire pas de même. (6, 33).*

*Quand on se met à mater, puis à faire à la place de, puis à expliquer tout l'isolement, le retrait, puis l'inactivité sociale par la maladie et que là on est*

*prêt à aller à tous les jours porter le petit bonbon, puis de vérifier dans la petite dosette... [...] ... au lieu de les responsabiliser. [...] Ça, ça m'insatisfait beaucoup! (2, 17).*

Certains dénoncent des pratiques qu'ils jugent irrespectueuses, comme par exemple maintenir un client en RTF alors que demeurer en appartement pourrait être envisageable. Il en est de même lorsque des intervenants découragent les projets de leurs clients ou lorsqu'ils cherchent à imposer un style de vie fondé sur leurs valeurs à eux plutôt que sur celles des clients.

*L'intégrité, ça veut dire que c'est une personne qui a des convictions... [...] ... des rêves, et donner un sens à sa vie qui est tout à fait différent de l'ensemble de la société en général. Mais de quel droit nous, comme intervenants, on a le droit de tasser ça de côté et d'imposer les nôtres qui feraient qu'ils seraient moins marginaux ou moins étiquetés. [...] Il faut être propre, il faut que tout soit rangé, il faut prendre trois repas par jour, puis il faut manger plus de légumes, plus de fruits, puis moins de fast food, puis moins de ci, puis moins de ça. [...] Parce que quelqu'un a eu un diagnostic de maladie mentale, plusieurs intervenants ont tendance à décider ce qu'il faut et ce qu'il ne faut pas dans la vie de ces gens-là. Et ça, pour moi, ce n'est pas respecter l'intégrité, la dignité. (2, 14).*

D'autres membres apportent des nuances à l'idée de la responsabilisation. Considérer d'abord les besoins de la personne va de soi. Cependant, il n'est pas dit qu'on doive s'y limiter. Les professionnels identifient d'autres besoins et s'efforcent d'aider la personne à les satisfaire, même lorsque celle-ci n'en reconnaît pas toujours l'importance. Bien qu'il soit difficile de préciser des limites à cet égard, l'amélioration du fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne demeure un but à atteindre.

*Parce qu'on est confronté à beaucoup de valeurs. [...] La personne, en fin de compte, elle peut dire qu'elle n'a pas besoin de tes services (rires). [...] Pour réussir à être gagnant au bout de la ligne, c'est de partir de leurs besoins à eux autres. [...] C'est quoi? Peut-être pas sur le ménage. Ça peut être pour plein d'affaires. [...] Mais même avant d'arriver aux besoins ciblés, des fois c'est par la bande longtemps, longtemps. Avant d'arriver à ce qu'il faudrait! (1, 26).*

*Il faut responsabiliser les clients, il faut leur donner du pouvoir, il faut vraiment toujours penser de les consulter, tout ça. Mais en même temps, on commence à être un peu plus vigilant sur les devoirs aussi des clients. C'est que les gens ont quand même des responsabilités. [...] C'était pour tel but, tel objectif. Faut quand même revenir un peu à la charge avec ça. (6, 13).*

### *Clientèles et besoins ciblés*

*Des termes ambigus pour désigner les clientèles ciblées.* Bien que la distinction entre une *santé mentale menacée*, des *troubles transitoires* et des *troubles graves* s'énonce bien en théorie, il semble que ces concepts perdent de leur signification dans la pratique. Qualifier de transitoire une dépression ou un trouble anxieux est discutable selon certains membres de l'équipe puisqu'en réalité la guérison complète demeure plutôt rare. De plus, le terme « troubles mentaux graves et persistants » ne désigne pas vraiment ce à quoi il fait référence.

*Un trouble anxieux généralisé, j'en n'ai pas vu qui s'en remettait! (5, 6).*

*Ça dépend de ce qu'on entend par un problème grave et persistant. Je ne m'y retrouve pas dans cette nomenclature qui est un peu trop générale. Si on parle d'une clientèle psychotique, ça, pour moi, c'est des troubles mentaux sévères et persistants. (5, 5).*

Aussi, il apparaît théoriquement assez simple d'associer la santé mentale menacée aux Services psychosociaux adultes, les troubles mentaux transitoires au Service de psychothérapie, les troubles graves qui requièrent un soutien non intensif à l'équipe de base et les troubles graves nécessitant un soutien intensif à l'équipe SIM. Cependant, ces distinctions apparaissent moins nettes dans la pratique. Sous le vocable de santé mentale menacée, il arrive que des personnes souffrant de troubles mentaux transitoires soient dirigées vers l'équipe Services psychosociaux adultes plutôt que vers l'équipe de base Santé mentale, la pathologie n'ayant pu être diagnostiquée au départ. En fait, seules les personnes dont le trouble transitoire est grave sont transférées au psychologue rattaché à l'équipe de base.

*On emploie jusqu'à un certain point un vocabulaire qui ne veut pas dire la même chose pour tout le monde. Lorsqu'on parle par exemple de services psychosociaux reliés à la santé mentale menacée, pour certains c'est synonyme, pour d'autres ça ne l'est pas. (7, 7).*

La clientèle suivie par l'équipe de base présente souvent des besoins qui exigent un soutien important, et ce, durant des périodes relativement longues, tandis que les clients suivis par l'équipe SIM présentent parfois des accalmies durant des périodes assez prolongées. Ces situations n'entraînent pas pour autant un transfert d'une équipe à l'autre. Ainsi, les clientèles peuvent parfois se ressembler.

*Ils ne sont pas dans le suivi intensif dans le milieu parce que ce n'est pas des besoins intenses constants, mais ils ont des besoins intenses qui durent longtemps des fois! (rires). [...] Comme ça nous est présenté dans les documents, ce qui se fait ailleurs dans les équipes de base en Santé mentale, ce n'est pas représentatif de ma réalité. [...] Les cas sont lourds, puis ils demandent beaucoup. Je le sais pas! L'entre-SIM? [...] T'es capable de fonctionner, tu ne viendras pas en santé mentale. Tu vas aller aux Services sociaux adultes. Nous autres... [...] ... il faut que t'aies une désorganisation de la vie quotidienne. Tu ne manges plus, tu ne dors plus. (1, 2, 6, 29).*

*La difficulté présentement, c'est plus de distinguer ce qu'on nomme comme étant du suivi intensif versus le suivi non intensif. [...] Le suivi non intensif, je pense pas qu'on l'interprète de façon à ce que tout le monde soit d'accord. [...] Pour la plupart des gens, on ne sait pas trop quoi mettre dans cette espèce de mot-là pour l'instant. (7, 6).*

Lors de l'entrevue de groupe où nous avons présenté ces données, des membres ont fait part de leurs attentes de précisions qui devraient être apportées sous peu dans le *Cadre de référence : Services offerts par le programme de santé mentale - adultes dans les CLSC* qui se développe actuellement au niveau régional, parallèlement à cette étude.

- *Le Cadre de référence pourra amener un certain éclairage. [...]*
- *Oui, mais nous autres, on l'a défini notre... les troubles transitoires si je me souviens bien il y a trois ans. Puis les troubles graves, on les a définis.*
- *Tu les définis un matin, puis le lendemain matin tu peux toujours continuer à les définir... [...] ... Ça va aider cette divergence-là à apporter un éclairage qui va peut-être préciser davantage ce qu'on doit retrouver dans trois types de clientèles. [...] Entre en parler puis le faire, il y a une nuance, hein! (9).*

*S'impliquer davantage dans le traitement des troubles transitoires, une orientation non choisie.* Sans être en mesure d'énoncer des chiffres exacts, les membres de l'équipe conviennent aisément de la prévalence élevée des troubles anxieux et de l'humeur dans la population. Ils se disent sensibles aux longs délais avant que la personne puisse obtenir des services, ainsi qu'au fait qu'ils n'interviennent qu'auprès d'une faible proportion de personnes qui pourraient bénéficier de leur aide. Cependant, il apparaît peu réaliste, selon des membres, d'intervenir auprès de la clientèle souffrant de troubles transitoires, étant donné la charge de travail déjà excessive occasionnée par le suivi des personnes souffrant de troubles graves. De plus, certains associent le traitement des troubles transitoires à un niveau spécialisé d'intervention et sont portés à réserver cette fonction au psychologue.

*Optimalement parlant, on peut toujours s'attendre à plus de services, mais il faut être réaliste, on ne peut pas tout faire. On ne peut pas faire des*

*cliniques spécialisées pour ceci, des cliniques spécialisées pour cela. [...] On manque de temps, on manque de ressources. Il y a quand même un volume de clientèle. [...] On essaie autant que possible de leur donner un service avec les moyens qu'on a. (5, 15).*

La prévention et le dépistage : un vœu pieux. Les membres de l'équipe reconnaissent d'emblée l'importance de la prévention en santé mentale et déplorent la place quasi exclusive qu'occupe l'aspect curatif dans leur pratique. Cependant, s'impliquer dans la réalisation d'activités de promotion de la santé et de la prévention des troubles mentaux apparaît impossible faute de temps et de ressources.

*Dépistage, prévention. Malheureusement! Malheureusement, on n'est pas beaucoup là. (6, 30).*

*De la prévention ou du dépistage. [...] On a de la misère à arriver avec les gens qui demandent des services. La porte est grande. La demande est parfois supérieure à l'offre. Politique de prévention, c'est bien beau, mais comment on va l'articuler à une clinique qui est déjà lourde? (5, 23).*

#### *Intervention*

Des modes d'intervention idiosyncrasiques et peu partagés. Des membres de l'équipe avouent n'avoir qu'une vague idée des façons d'intervenir de leurs collègues.

*On veut la même chose, mais on ne prend pas les mêmes routes. Je pense que les travailleurs sociaux visent exclusivement l'intégration sociale. [...] Je pense qu'on fait tous de la psychothérapie. [...] Je ne sais pas comment les autres fonctionnent. Je vais t'avouer franchement, je le sais pas. Non je n'ai aucune idée. (4, 6, 10).*

Plusieurs énoncent des façons d'intervenir, mais préviennent qu'il ne faudrait pas les généraliser à tous les membres de l'équipe. L'intervention dépend en partie de la personnalité de l'intervenant et de ses intuitions à propos de ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire.

*Tu fais plein d'affaires, mais ça, c'est selon notre personnalité aussi à chacun. [...] Il y en a que c'est face à face. [...] Moi je sais que j'aime bien faire avec. C'est ma façon de travailler. Je ne veux pas la généraliser à d'autres. (1, 35).*

*Je pense qu'il y a un but commun. C'est peut-être cliché, mais d'aider les gens. Mais chacun le fait à sa couleur. (3, 2).*

*Morcelé dans le sens chacun y va un peu de son expérience, de ses valeurs, de ses croyances, puis l'applique dans son intervention. (2, 1).*

*Psychothérapie, interventions psychothérapeutiques, traitement de la maladie ou maintien dans le milieu? Une source de controverse.* Pour palier à la disparition des cliniques externes de psychiatrie sous la forme qu'on les connaissait, des membres de l'équipe situent le traitement des troubles mentaux comme première visée du Service de psychothérapie rattaché à l'équipe de base. Ainsi, les personnes souffrant de troubles transitoires peuvent bénéficier d'une psychothérapie si elles en ont la motivation et la capacité. La psychothérapie est comprise comme un processus d'introspection qui demande du temps. Elle diffère grandement des divers moyens rapides et simples appliqués en vue d'alléger rapidement des symptômes.

*Ce qu'on a à faire, c'est surtout pour le moment des services de traitement. [...] Parce que les cliniques externes en font peut-être, mais n'en font plus comme on en faisait. [...] Mais là, il y a un reflux à ce moment-là vers les CLSC ou les cabinets des médecins. (5, 24).*

*Le psychologue fait toujours des psychothérapies individuelles. Une psychothérapie, ce n'est pas la relation d'aide, ce n'est pas non plus des démarches concrètes pour trouver un logement. [...] C'est pour des gens qui veulent comprendre qu'est-ce qui leur arrive, pourquoi ça leur est arrivé. Donc, démarche d'introspection, une analyse. [...] Ce n'est pas juste une désensibilisation systématique qui va guérir une phobie. [...] La phobie actuelle renvoie à des choses du passé. [...] Une thérapie, c'est une construction, ce n'est pas une préfabrication. Il faut du temps. [...] Je ne me mets pas de contraintes de temps. Même si je voulais aller plus vite que le violon, ce n'est pas moi qui décide du rythme en fait. C'est la personne qui est en face de moi. (5, 4, 7, 25).*

Lorsque la situation leur semble propice, certains membres de l'équipe, autres que le psychologue, disent utiliser diverses approches psychothérapeutiques, telles que l'exploration des mécanismes de défense et des dynamiques qui contribuent au problème.

*Qu'est-ce qui fait que socialement il dysfonctionne? [...] Je dis bon bien quand tu étais jeune toi, c'est quoi ta réaction quand il y avait telle situation chez vous? Il faisait ça. [...] Alors, je fais des parallèles. [...] En général, ça a toujours deux, trois créneaux : estime de soi, confiance en soi et le sentiment de culpabilité. Alors, j'essaie avec eux autres de voir d'où vient ce sentiment de culpabilité-là. (4, 9).*

D'autre part, certains défendent l'idée que l'aide apportée devrait se limiter à la résolution de problèmes concrets reconnus par la personne. Le but premier est l'acquisition d'un fonctionnement permettant le maintien dans le milieu de vie. Ils expriment leur

désaccord à propos des interventions de nature psychothérapeutique mises en oeuvre par certains collègues, alléguant que celles-ci sont contre-indiquées, voire même dangereuses dans plusieurs cas.

*Ça colle beaucoup à un modèle de réadaptation psychosociale, davantage relié à une approche concrète sur le terrain, auprès des clientèles dans leur milieu, pour la résolution de problèmes quotidiens et d'habiletés de base. [...] Une approche très pragmatique et très concrète, loin de la psychothérapie. [...] Quand on se met à interpréter toutes sortes de choses pour expliquer les problèmes des clients, c'est-à-dire que ça doit être parce que dans ton enfance, que tu n'as pas fait ci, puis tu n'as pas fait ça. [...] On crée de la surcharge émotive, on démobilise plus qu'on rassure. [...] C'est tout à fait contre-indiqué. (2, 2, 17).*

Dans le même ordre d'idée, des membres qui situent leur rôle et leurs compétences essentiellement par rapport à la résolution de problèmes concrets se sentent moins interpellés par des interventions relatives au traitement des troubles mentaux.

*On intervient beaucoup, un problème, une intervention versus une solution. Puis c'est beaucoup de nature organisationnelle, matérielle. Je fais allusion au logis, je fais allusion au budget, je fais allusion à voir est-ce qu'il va y avoir suffisamment de nourriture. [...] Ça fait une semaine qu'elle n'a pas pris sa médication, puis elle a des signes de manie importants, puis tout ça. Bien là, c'est comme pu à nous d'intervenir. [...] On n'a pas les compétences pour le faire. Ça demande des soins. Et lorsque ça demande des soins, ce n'est plus nous autres des soins, en tout cas... (6, 2, 21).*

Des positions différentes par rapport aux limites de l'accompagnement de la personne. Participer aux activités de la vie quotidienne du client représente, selon des membres de l'équipe, des occasions thérapeutiques précieuses. Ce contexte facilite l'évaluation du fonctionnement de la personne et permet d'ajuster le plan d'intervention.

*J'ai de la difficulté d'essayer de rencontrer quelqu'un, puis juste s'asseoir, puis juste jaser avec. Bien souvent c'est plus productif en faisant toutes sortes de petites choses. Ça dépend aussi de notre façon d'être. [...] Voir leur niveau de fonctionnement... [...] ... s'il y a quelque chose dans le réfrigérateur! Ça peut être, le regard épouvanté des voisins. [...] On apprend beaucoup! (1, 36, 37).*

Des membres expliquent qu'ils accompagnent des clients lors de visites des organismes communautaires, à l'épicerie ou encore dans des démarches auprès des services bancaires, du propriétaire du logement ou autres.

*Il y a des documents, des démarches au niveau des formulaires, ils ont tout perdu, ils ont des problèmes avec l'aide sociale, leur propriétaire, bon! Ça,*



*il y a une démarche au niveau matériel. Je n'ai pas de problème avec ça. Je continue cette démarche-là. Puis si je vois que je peux faire davantage, bien je fais aussi davantage. Il faut avoir ça. (4, 8).*

Certains disent qu'il leur arrive de participer à des activités de loisir ou sportives avec les clients. Ces activités s'inscrivent dans des buts thérapeutiques.

*J'ai un client que maintenant j'amène au billard. Ça fait six mois. [...] Je le rencontrais et je prenais un café avec lui, mais moi je trouvais ça stérile, tu sais toujours parler de sa maladie, quelqu'un qui est schizophrène affectif avec un délire religieux, tu n'as pas de thérapie à faire avec ça, ou très peu. [...] Prendre un café assis puis se regarder dans les yeux, et prendre un café et jouer à l'entour d'une table. Et j'utilise tout. Il fait un bon coup, je le valorise. Il fait un mauvais coup, j'utilise tout mais en positif... [...] ... de les mettre dans des situations où ils se rendent compte que... [...] ... ils ont une maladie, mais c'est aussi des êtres humains. (4, 4).*

Des membres rapportent des situations parfois inusitées qui, selon eux, font appel à des interventions extrêmement variées, demandant une grande dose de souplesse et de créativité.

*Installer des rideaux. Non, mais ça va loin (rires). Tu vois qu'en santé mentale, il faut élargir notre cadre d'intervention. [...] On va faire des choses que, je sais que c'est un peu plus large que d'autres. La vanne là, je te dis qu'elle a fait le camion de déménagement la semaine passée. Tu baisses les sièges, t'apportes tout! (1, 5, 35).*

D'autres membres trouvent pertinent d'accompagner occasionnellement les clients, mais privilégient la mise à contribution dès que possible des ressources communautaires qui ont développé les créneaux en lien avec plusieurs types de besoins à satisfaire.

*Ça peut être d'aller faire une sortie, tout simplement sociorécréative, aller jouer au billard, mais c'est rare ça. Je ne fais pas ça, mais je vais plutôt favoriser à ce qu'il y ait un ami qui les accompagne. (2, 23).*

*Il y a des besoins qui ne sont peut-être pas nécessairement dans notre mandat. [...] Comme toute la sphère loisir. Je sais qu'il y a des intervenants qui mettent beaucoup de temps par rapport aux loisirs. Puis je suis bien consciente que c'est bien important. Il n'y aurait pas un organisme communautaire où c'est plus sa mission? (6, 20).*

Lors de l'entrevue de groupe, la présentation de ces données soulève une discussion. Certains allèguent que les activités récréatives ou sportives et l'aide à des tâches domestiques ne relèvent pas du mandat de l'équipe et expriment ouvertement leur

désaccord vis-à-vis leurs collègues qui défendent la pertinence de consacrer du temps à ces activités. En réaction, ces derniers revendiquent que l'on fasse davantage confiance aux cliniciens pour décider de ce qu'il convient de faire.

*Il faut faire confiance à chaque intervenant et à son professionnalisme, à son expérience aussi, puis par rapport au client, où il en est rendu. C'est pas une chose qu'on peut définir d'une façon stable. (11).*

#### Une compréhension divergente des balises de l'intervention en situation de crise.

Pour certains membres de l'équipe, l'implication par rapport à l'intervention en situation de crise semble aller de soi, tandis que pour d'autres, il s'agit d'un mandat assigné à d'autres équipes du CLSC ou au Centre de crise. Ce thème soulève une discussion entre les membres de l'équipe lors de l'entrevue de groupe. Les limites par rapport à l'intervention en situation de crise varient selon les intervenants.

*Les interventions de crise assez fortes, on peut en faire aussi. [...] Ça dépend comment tu définis crise; tu en attrapes des bonnes. [...] C'est surtout par rapport à nous autres mêmes, comment on se sent là, par rapport à ça. (13).*

*On a défini les balises là! À moins de nécessiter l'hospitalisation ou d'être vu à l'urgence, toutes interventions en situation de crise sont normalement assumées. Peut-être pas tout seul, pas un intervenant qui est tout seul dans le CLSC, il peut être accompagné d'autres personnes. Mais évidemment qu'on est présent ou on est impliqué dans la solution. [...] Par contre, vois-tu, il y a une zone grise. Ce qui veut dire qu'on le sait, mais peut-être pas d'une façon claire. (15).*

Des réserves face à l'intervention auprès de la famille. Des membres précisent que les interventions visent essentiellement l'individu plutôt que la famille, les proches ou un groupe. Intervenir auprès de la famille se limite le plus souvent à de l'enseignement et à du soutien lorsque celle-ci en exprime la demande. Des membres expliquent qu'ils préfèrent éviter d'initier le premier contact afin de respecter le choix possible des proches de rester à l'écart. S'ils le font, c'est surtout dans l'intention d'obtenir une information nécessaire à la planification des interventions. Lorsque la famille est présente à domicile, ils demandent généralement au client de le voir seul. Des membres disent agir ainsi pour préserver la confidentialité.

*- Ça peut arriver oui, que l'on ait à rencontrer la famille. Souvent pour expliquer des choses. [...] Il ne faut pas forcer les ponts qui ont été coupés... [...] ... mais des fois tu as des membres de la famille qui vont prendre*

*contact avec toi. [...] J'ai de la réticence à entrer en contact avec la famille s'ils n'ont pas voulu entrer en contact avec moi...*

*- (Chercheuse) Vous intervenez quand il y a une demande de la famille?*

*- Oui. Parce que sans ça, ça ne serait pas correct. (1, 39).*

*Habituellement, je suis seule avec la personne, puis je demande à être seule avec la personne. Il y a des conditions qui sont comme de base pour travailler, pour être concentré. (3, 27).*

*C'est vraiment ponctuel. Puis, je dirais que c'est vraiment pour m'aider dans l'intervention, mais ce n'est pas de l'intervention familiale. (6, 27).*

*J'y vais le plus possible dans une approche systémique, bon, d'amener la personne à travailler avec son environnement aussi. Sans qu'il y ait de rencontres familiales, je vais travailler beaucoup avec la personne sur ses relations avec les autres. (8, 21).*

À l'opposé, d'autres membres affirment qu'ils travaillent étroitement avec la famille et se font promoteurs de l'intervention familiale.

*Moi, j'ai travaillé régulièrement avec des mères bipolaires, des mères en dépression d'intensité psychotique ou des pères schizophrènes, puis on travaille avec tout le monde. Conjointes, enfants, adolescents... [...] ... qu'ils comprennent bien la maladie de leur parent, qu'ils s'impliquent un petit peu plus... [...] ... de ne pas interpréter la maladie de leur mère comme étant reliée à leurs comportements. (2, 5).*

*Ça peut être pertinent de travailler au niveau de la famille. On parle pas d'enfants, on parle d'adultes. [...] Il y en a beaucoup qui vivent encore avec leurs parents, qui vivent avec des gens de leur famille. (8, 5).*

Lors de l'entrevue de groupe, des membres réagissent en rappelant les choix faits au départ, soit d'intervenir auprès de l'individu, alors que l'intervention auprès des familles est attribuée à l'équipe Jeunesse-enfance-famille du CLSC. Changer cette orientation obligerait à réviser ce qui se fait dans les autres équipes du CLSC dit-on.

*On est tellement sur le concept individu, que même la perception des autres programmes l'est aussi. Parce que par exemple, dans le cas du programme Enfance-famille, qui travaille avec les parents, avec les enfants, dans une approche familiale et souvent, s'il y a un adulte par exemple qui est atteint par un trouble mental... [...] ... il pourrait y avoir une référence vers le programme santé mentale uniquement pour qu'on puisse travailler avec la personne. [...] Ce qu'on fait là, présentement, on questionne aussi tout ce qui se passe au niveau des autres programmes qui sont en lien avec nous aussi. (19).*

Durée du suivi et contraintes d'accessibilité. Le manque d'accessibilité déploré par l'ensemble des membres de l'équipe soulève des questions sur la durée des suivis. D'un côté, il importe, selon certains membres de l'équipe, de cesser le suivi aussi rapidement que possible lorsque l'état du client est stable et satisfaisant. Des membres avouent avoir parfois l'impression que des collègues pourraient étirer indûment un suivi ou ne pas utiliser les méthodes les plus efficaces. De plus, la nature des besoins de la clientèle ciblée pourrait, à l'extrême, justifier une aide sans fin. Selon certains membres, un suivi des années durant peut aller à l'encontre du principe de responsabilisation de la personne. Il est mentionné que les critères de fermeture des dossiers ne sont pas suffisamment discriminants.

*Vous courez tous après le même objectif, mais vous vous y prenez tellement différemment. Qu'il y en a une, ça peut y prendre deux ans, puis une, ça peut y prendre six mois. C'est le luxe! (6, 33).*

*C'est des gens qui ont des besoins dans presque toutes leurs sphères de leur vie. Ça fait qu'on pourrait être là cinq ans, puis il y aurait encore du travail. Mais je pense qu'il faut développer une façon différente de voir aussi, par rapport au volume qui rentre. (6, 28).*

*Tout ce qu'on dit, qu'on veut responsabiliser et redonner du pouvoir. Si on est là cinq ans, est-ce que c'est pas un peu contradictoire? (6, 28).*

En revanche, des membres de l'équipe défendent l'idée qu'une grande latitude par rapport à la durée du suivi est nécessaire. Avant tout, l'établissement d'une alliance thérapeutique, qui tient lieu de fondement préalable à l'intervention, peut demander un temps considérable. La durée d'un suivi dans la communauté ne peut être déterminée à l'avance puisqu'elle varie selon les besoins de chaque personne, les événements, le soutien disponible et bien d'autres facteurs. Il arrive que des suivis durent plus de deux ans. Pour certaines personnes, ce sera pour de très nombreuses années.

*Tout d'abord, c'est de développer un bon lien de confiance avec la personne et ça se fait dans le cadre de rencontres individuelles dans le milieu de vie des personnes. Et souvent, on va prendre plusieurs entrevues pour apprivoiser la personne. (2, 23).*

*Spécifiquement les gens qui sont atteints de la schizophrénie, c'est très difficile de construire un lien de confiance. Ça fait qu'il faut être tenace. (3, 28).*

*On ne peut pas dire, on fait un plan de travail, on a nos objectifs, puis on sait très bien que d'ici trois mois, on va les avoir pas mal accomplis, puis on va être capable d'en fixer d'autres pour trois mois. [...] Il y a beaucoup*

*d'imprévus, beaucoup de choses qui sont longues avant que ça devienne stable. (6, 19).*

*J'en ai que t'en fais beaucoup, beaucoup, après ça va être tranquille un petit peu, puis ça demande beaucoup, beaucoup, puis ça se stabilise en espérant que les crises et que les espaces d'accalmie vont être de plus en plus longs. (1, 8).*

*Trois ans que je travaille pour qu'elle marche 15 minutes par jour. Bien j'ai réussi. (1, 22).*

Utilisation d'approches de groupes : des projets en devenir. Des membres de l'équipe entrevoient l'intervention de groupe comme une alternative intéressante éventuellement, mais cet aspect leur apparaît peu préoccupant pour le moment.

*Ça ne se discute pas (les approches de groupe). Ça s'est un petit peu discuté je dirais dans les débuts de l'équipe. Mais c'est comme si à ce moment-là, toutes les hypothèses étaient bonnes. On commençait, on ne savait pas trop. Puis ça ne s'est jamais réalisé, puis ça ne s'est jamais comme approfondi, puis ce n'est jamais revenu vraiment. (6, 24).*

Par ailleurs, plusieurs ont eu ouï-dire que des démarches extérieures à l'équipe, mais toujours au CLSC, sont en cours présentement pour instaurer un groupe de traitement pour les personnes atteintes de troubles de personnalité limite, ainsi que des groupes de psychoéducation.

*Il y a un projet avec les groupes de personnalité limite. [...] C'est déjà en place au niveau du CH mais possiblement que ça s'en viendrait ici. (3, 34).*

Lors de l'entrevue de groupe, il est mentionné que le projet de la Clinique sans murs vient tout juste de démarrer. Il s'agit d'un programme de psychothérapie de groupe, basé sur une approche cognitivo-comportementale adaptée pour traiter les personnes atteintes de personnalité à structure limite. Les sessions en groupe sont accompagnées d'un suivi individuel assuré par les intervenants de l'équipe. Ce suivi repose sur les principes à la base du programme, à savoir la responsabilisation de la personne et la prévisibilité. Les intervenants travaillent avec les clients en fonction d'objectifs fixés lors des *rencontres bilans* prévues à la fin de chaque bloc du programme. Une formation et une supervision continue, assurées par les deux intervenants responsables du programme, visent à initier les intervenants de l'équipe à l'approche privilégiée.

*Dans l'année qui s'en vient, il va sûrement avoir un aspect spécifique qui touche l'intervention auprès des troubles de personnalité. [...] François*

*(nom fictif) et moi, on va travailler avec les troubles de personnalité limite, tout d'abord en groupe. [...] L'intervention de groupe... [...] ... peut être renforcée quand l'intervention individuelle qui, à côté, est axée de la même façon. [...] Et c'est en tant qu'associés que vous allez travailler... [...] ... compte tenu des mandats qui ont été officialisés par rapport à ça. (54).*

### *Interdisciplinarité*

Rompre l'isolement. Les membres de l'équipe entendent d'emblée l'interdisciplinarité comme une force à développer. Or, il ressort de leurs propos que les échanges visant à discuter de cas cliniques ou à se donner du soutien mutuellement surviennent de façon informelle et, somme toute, assez rarement. Plusieurs déplorent l'isolement et l'individualisme qui semblent s'être installés dans l'équipe.

*Chacun est dans son coin avec son expertise, la partage peu en équipe si elle n'est pas directement impliquée. (4, 1).*

Des incompatibilités entre certains membres de l'équipe, le manque d'écoute et de respect démontré à quelques occasions, risquent d'entraver le développement de l'interdisciplinarité, rapportent certains membres.

*Il n'y a comme pas de chimie dans l'équipe, au niveau des gens. Puis ça, ça ne s'achète pas, ça ne se construit pas. Ça vient naturellement. [...] C'est pas que les gens sont de mauvaise foi. Parce qu'on parle d'incompatibilité. (3, 4).*

*Je vois ça des fois. Les personnes parlent, puis elles ne sont pas écoutées du tout. (8, 9).*

Bien qu'un lien de confiance entre les membres soit difficile à bâtir, des membres de l'équipe continuent de croire que l'interdisciplinarité est souhaitable et possible, qu'elle se développe lentement et qu'il vaut la peine d'y mettre les efforts nécessaires.

*Il faut faire confiance que l'apport de chacun va être aussi important que le nôtre, et ça, c'est long à développer au sein d'une équipe. Et plus il y a de personnes autour de la table, bien plus c'est long de développer cette cohésion-là ou cette confiance-là de groupe. Parce qu'on parle de huit à dix personnes autour d'une table, avec des idées tout à fait différentes. Mais moi, j'ai tendance à croire que c'est possible et que toute équipe qui veut réaliser des tâches d'équipe, doit travailler sur ces bases-là, de confiance mutuelle, puis de complémentarité. (2, 18).*

Lors de l'entrevue de groupe, des membres qualifient de *déjà vu* les points de vue soulignant un manque de confiance entre les membres de l'équipe. Cependant, on rapporte

que la qualité des liens entre les membres s'est beaucoup améliorée grâce à des séances de groupe animées par une ressource spécialisée. Ces séances ont lieu simultanément à la recherche, à raison de trois par année. De plus, les réunions d'équipe sont maintenant mieux structurées.

*L'équipe a quand même fait du chemin de par ses activités cliniques, puis de par notre démarche qu'on a faite. La qualité des liens, puis la confiance entre les membres se sont améliorées. Par le fait même, l'efficacité du travail à réaliser a été rehaussée. (25).*

*Il y a eu amélioration, mais il faut la poursuivre. (26).*

*La partie qui relève plus de l'organisationnel ou du fonctionnel, c'est qu'on s'est donné une meilleure structure pour les réunions, puis on s'est donné quelques outils de structuration ou d'organisation. (27).*

Choisir ses clients : une question épineuse. La disponibilité de l'intervenant est parfois évoquée comme principal critère d'attribution des clients à l'un ou à l'autre des membres de l'équipe. De même, l'affinité avec tel ou tel type de clients apparaît comme étant un critère valable pour certains.

- (Chercheure) *C'est la disponibilité le premier critère, voir si quelqu'un peut le prendre?*
- *Oui, oui, oui. C'est vraiment ça, qui peut le prendre, qui a de la place.*
- (Chercheure) *C'est le principal critère?*
- *C'est sûr que quelqu'un peut avoir de la disponibilité, puis dire non, moi ce type de situation, ça ne me convient pas pour des raisons personnelles, et normalement, c'est entendu. (3, 31).*

*D'abord, je choisis les clients. Je n'ai pas d'affinités avec tous. Donc des états limites, j'en prends le moins possible, je n'en prends pas. [...] J'aime bien travailler avec les schizophrènes. (4, 5).*

Lors de l'entrevue de groupe, des membres insistent pour mentionner que la disponibilité de l'intervenant n'est pas le seul critère d'attribution, à moins d'une urgence.

*Les cas sont attribués selon la disponibilité des intervenants, il n'y a pas d'autres critères d'attribution..., ça, c'est pas vrai! [...] Au moment de l'attribution, il y a déjà eu des étapes de franchies en terme de priorisation, également des critères! (16).*

De même, la préférence des professionnels ne tient pas comme critère valable selon les uns, tandis que les autres défendent la pertinence d'éviter les types de clientèles avec lesquels on juge avoir peu de compétences ou d'affinité.

*Moi, c'est évident qu'il y a des problématiques avec lesquelles je ne suis pas à l'aise du tout et je serais pourrie en tant qu'intervenante. Alors, c'est évident que moi, je fais attention à ça. [...] Si je prends un dossier, puis que je n'ai pas d'affinité, c'est le client qui va s'en ressentir. (17).*

*Le problème, c'est que si tout le monde choisit sa clientèle, il va y avoir automatiquement des laissés-pour-compte. Il y a des clientèles, de façon générale, qui sont moins attirantes. [...] On ne peut pas faire ça, ça n'a pas de bon sens. (18).*

La norme par rapport au nombre de cas attribués à chacun des intervenants de l'équipe (environ 25 clients et plus) est excessive selon des membres. Les normes ne sont pas définies en ce qui a trait à la charge de quelques professionnels, notamment l'infirmière.

*Il n'y en a pas de normes de reconnues par rapport aux infirmières. [...] Tu ne peux pas dire écoute, j'en ai 30, j'ai mon quota. Les cinq autres, j'aimerais qu'ils soient rattachés à une autre infirmière. [...] Qu'est-ce que tu veux? Il n'y a pas de budget, il n'y pas de ressources. (1, 43).*

Des besoins de formation exprimés. Des intervenants déplorent le peu de formation offerte aux nouveaux arrivants dans l'équipe. Les compétences et les connaissances sont acquises par essais et erreurs ou en consultant les manuels. Une formation de base apparaît essentielle.

*Avant d'intervenir avec les clientèles qui ont des problèmes de santé mentale, au moins un minimum de... une mini-formation sur qu'est-ce que c'est la schizophrénie, qu'est-ce que c'est la psycho-maniaco-dépression. Quand t'as à tout te taper la lecture-là! [...] C'est quoi qui se présente? Comment moi je peux interpréter que ça, c'est de l'hallucination et non du délire et vice et versa? En tout cas! Tu pars... c'est de la base, mais qui est essentielle. Parce que comment tu peux enseigner la maladie, parler de la maladie quand tu n'as pas ces éléments-là? [...] Tu es là, tu t'en vas là, fais ce que tu peux. Débrouille-toi! (3, 38).*

Certains souhaitent que les rencontres multidisciplinaires soient mieux exploitées comme occasions de parfaire ses connaissances. Des membres expriment un intérêt pour développer des compétences en thérapie cognitivo-comportementale, en intervention familiale et de groupe. Le traitement du trouble obsessionnel-compulsif et celui de la personnalité limite ressortent également comme thèmes d'intérêt. Certains se disent intéressés par les modèles d'intervention existant dans d'autres CLSC. Aussi, des membres souhaiteraient être encouragés à développer des compétences selon leurs intérêts



professionnels, ce qui contribuerait à maintenir leur enthousiasme tout en enrichissant les interventions disponibles dans l'équipe.

Lors de la présentation de ces données au groupe, on fait référence au fait que plusieurs des besoins de formation exprimés seront bientôt satisfaits. Tout d'abord, de la formation sur l'intervention auprès des personnes atteintes de troubles de personnalité et de la supervision seront offertes dans le cadre de l'implantation de la Clinique sans murs. Ensuite, le *Cadre de référence régional* présentera des modèles d'équipe de base existants et traitera des interventions à privilégier. Par ailleurs, un sous-comité de cliniciens travaille actuellement sur ce chapitre qui sera bientôt soumis aux membres de l'équipe. Des membres recommandent de veiller à ce que l'élaboration du *Cadre de référence régional* et l'étude converge efficacement vers un même but. À ce sujet, il est mentionné qu'un lien étroit est maintenu entre ces deux démarches et que la chercheure participe aux rencontres du Comité régional.

*Ça va vraiment être la matière, du matériel qui va être disponible à l'automne. [...] À travers la consultation qui va se faire et qui est plus précisément sur le chapitre qui va traiter des modèles, il va y avoir toute une documentation qui va avoir servi à ça. Je pense qu'à ce moment-là, ça va être l'occasion vraiment de vous sonder par rapport à ça et en lien avec parce que Claire suit en même temps ces travaux-là. Ils (les membres de l'équipe) vont avoir à se positionner ou encore à réagir au chapitre qui va traiter des modèles de pratique dans le Cadre de référence. [...] Le comité qui va définir ça, c'est pas un comité de gestionnaires. C'est un comité avec les intervenants, des cliniciens de la région. [...] C'est des informations nouvelles, d'après moi, qui pourront venir aider à la démarche... [...] ... sans que ça vienne interférer! C'est juste un complément. (39, 41).*

### *Partenariat*

*Augmenter l'engagement des partenaires au CLSC.* Les frontières entre l'équipe et les autres programmes du CLSC apparaissent floues et problématiques pour certains membres. Plus précisément, ceux-ci déplorent la tendance qu'ont des équipes du CLSC à imposer des critères d'accès trop restrictifs, à référer rapidement à l'équipe de santé mentale, les clients qui se trouvent dans des situations complexes et ambiguës ou toute personne ayant un problème de santé mentale. Il est impossible pour l'équipe d'accepter tous ces cas faute de ressources suffisantes.

*Dès qu'un programme réalise qu'il y a un de leurs clients qui a une maladie, une médication à connotation psychiatrique... [...] ... il est présenté au*

*Comité d'accès pour être orienté vers l'équipe de Santé mentale. [...] Des fois, on reçoit des demandes des madames de 85 ans en perte d'autonomie, parce qu'elles prennent un antidépresseur. [...] Nous, ce qu'on leur dit, on va vous offrir du soutien, mais vous avez un lien significatif avec ces gens-là. [...] Parce qu'ils ne fit pas ailleurs. Mais même si ça ne fit pas nécessairement tu sais, on les accepte quand même. C'est un peu le fourre-tout, la santé mentale. (2, 5, 7).*

*Que ce soit Enfance-famille ou Maintien à domicile, c'est qu'à partir de l'instant où on est à peu près sûr que la personne présente un problème de santé mentale, on a l'impression qu'elle devrait automatiquement être dirigée vers l'équipe de Santé mentale. (7, 10).*

En revanche, des membres de l'équipe allèguent que les frontières ouvertes constituent une marge de manœuvre essentielle pour éviter les bris de services. Ils soulignent que le processus mis sur pied dès la réception de la demande jusqu'à l'attribution du cas s'avère cohérent et fonctionnel en dépit d'un certain niveau d'ambiguïté par rapport à l'orientation de quelques clients. Toutes les personnes qui demandent des services sont orientées vers la ressource la plus appropriée, qu'il s'agisse de l'équipe elle-même ou d'un autre service. Outre son rôle d'arrimage avec les services et les ressources disponibles, l'équipe fait le nécessaire pour éviter les bris de services.

*C'est sûr que les traumatisés crâniens... [...] ... ne représentent pas un volume important. [...] C'est un peu plus compliqué pour savoir où le diriger et... [...] ... on va avoir tendance à l'orienter vers la santé mentale. J'appellerais une zone... [...] ... un peu confuse, compte tenu que ce n'est pas nécessairement facile de définir les besoins de la personne. Le Comité d'accès n'a jamais laissé personne à l'extérieur de la piste pour employer une expression, dans le sens où on a soit accepté de livrer le service à la personne, ou soit on a assumé ou on s'est assuré qu'il reçoive un service ailleurs. [...] Je pense que c'est bien comme ça. Mais ça ne veut pas dire que tout est clair et limpide entre les différents programmes compte tenu des problématiques un peu plus complexes. (7, 10, 11).*

Certains membres considèrent que des collègues exagèrent lorsqu'ils qualifient de fourre-tout la santé mentale. Ils croient qu'au contraire, les autres équipes du CLSC s'impliquent de façon appréciable auprès de personnes souffrant de troubles mentaux.

*Il ne faudrait peut-être pas généraliser, parce que je sais qu'il y a beaucoup d'intervenants qui en ont au Maintien à domicile des gens avec des problèmes de santé mentale. (6, 6).*

*Les intervenants qui sont là, puis la plupart, ça fait longtemps qu'ils sont là. Donc, ils ont toujours eu à intervenir avec des gens qui avaient des problèmes de santé mentale, mais qui n'étaient pas nécessairement diagnostiqués. Ce qui fait qu'ils sont habiletés aussi. (3, 8).*

À l'entrevue de groupe, des intervenants ressentent le besoin de remettre les pendules à l'heure par rapport à cette question de la clientèle qui se retrouve dans la zone grise. Bien que certains cas causent problème, ceux-ci demeurent une minorité, dit-on. De plus, la décision provient de tout un comité. Enfin, il faut éviter les bris de services. Finalement, il est rappelé que le Comité régional se penche actuellement sur cette question et que des précisions devraient être apportées sous peu dans un *cadre de référence*. Il s'agira pour l'équipe de faire les ajustements requis.

*C'est pas pour rien qu'il y a un Comité régional là-dessus, pour essayer de définir, puis se comprendre sur ces problématiques-là. Ils ne sont pas sortis du bois pareil! (24).*

*Moi, je pense que c'est une bonne partie du Cadre de référence la définition des clientèles. Je ne le sais pas, je ne connais pas beaucoup les travaux, mais il me semble que c'était la dominante, c'était la description des clientèles, les définitions... (42).*

Développer le rôle de consultants pour les partenaires du CLSC. Les échanges entre les membres de l'équipe et les autres professionnels du CLSC ne sont pas de pratique courante, rapportent des membres de l'équipe. Ils consistent surtout à apporter des conseils lorsque ceux-ci sont sollicités de façon informelle. Des membres de l'équipe croient qu'il conviendrait de formaliser leur rôle comme consultants pour l'ensemble des intervenants du CLSC.

*Je pense qu'on est perçu, à l'équipe Santé mentale, comme étant une équipe, entre parenthèses, dite spécialisée dans le champ de la santé mentale. Qui fait que les autres programmes, qui sont aux prises avec des problématiques santé mentale, vont soit nous référer la demande pour qu'on puisse mieux aider la personne, ou encore vont prendre avis ou vont demander une consultation pour savoir si la personne, il y a lieu de modifier son plan d'intervention. (7, 9).*

*C'est des interventions ponctuelles. Ce n'est pas un rôle de consultant bien établi avec une suite. [...] Les gens viennent, on en discute, on dit : bien, peut-être que ça, ça serait bon, quelques conseils. [...] Il serait peut-être souhaitable que le rôle de consultant soit davantage exploité, parce qu'au départ, on avait en tête en disant oui, on va tenter de développer le plus de*

*connaissances, puis de savoir-faire au niveau de la santé mentale, puis on va pouvoir être consultant au niveau des autres équipes. (6, 4, 5).*

Cependant, avant de consolider le rôle de consultant, des membres rappellent la pertinence de s'enquérir d'abord des attentes des intervenants à cet effet.

*Ce qui serait peut-être important, c'est de voir les autres équipes, qu'est-ce qu'ils aimeraient avoir comme consultation. (6, 6).*

Améliorer le partenariat avec les services de deuxième ligne. Les membres de l'équipe décrivent les collaborations avec les collègues des services de deuxième ligne comme étant informelles et ponctuelles, en dépit de l'importance d'établir des liens et un partenariat qu'ils reconnaissent d'emblée.

*C'est quand la situation, il y a un besoin de clarifier quelque chose, besoin de connaître le diagnostic quand il n'est pas déjà là, tu sais, des éléments importants qui peuvent aider au suivi, mais ça ne se fait pas automatiquement avec le psychiatre. Il n'y a pas un travail de concertation ou bien de suivi rapproché. (3, 9).*

*On est totalement séparé, SIM fait ses affaires, puis nous, on fait nos affaires. (4, 16).*

Par ailleurs, des données indiquent un manque de connaissance des pratiques appliquées par l'équipe SIM, ainsi que et par les professionnels formant l'équipe de la Clinique externe de psychiatrie.

*Je ne me situe pas, je n'ai pas d'opinion si tu veux sur ce plan-là, parce que je n'ai jamais eu à travailler vraiment avec l'équipe SIM. (3, 7).*

*Puis les infirmières à la Clinique externe maintenant, où elles étaient quand même beaucoup spécialisées au niveau des troubles anxieux, puis de l'intervention de groupe, que je pense, je ne suis pas très, très informée de ça. [...] Au niveau de la psychologie, je ne peux pas me prononcer, je ne sais pas ce qui se fait à la Clinique externe actuellement. [...] Je ne le sais pas assez pour en parler. (6, 10).*

*Je ne pourrais pas dire qu'est-ce qui définit exactement le champ d'intervention des psychiatres, de façon à définir mieux le type de suivi qu'ils font. (7, 13).*

Des dissensions quant au suivi sont parfois évoquées comme obstacle au partenariat avec des intervenants de la deuxième ligne. Des membres de l'équipe rapportent des

tensions vécues à certains moments en raison des différences de philosophie, en particulier une vision institutionnelle versus une approche communautaire.

*Tu les as placés en famille d'accueil, puis toi tu voudrais que ce soit pour un certain temps. Mais de l'autre bord, à l'hôpital, ils te disent, bien il est bien mieux là. Il y a moins de risque. Mais la vie c'est le risque aussi! [...] Tu les as même fait entrer à l'hôpital par les policiers, puis ils sont ressortis sans ordonnance de traitement. Bien quand ça fait trois fois que tu les rentres, puis que tu les sors sans ordonnance! Bien écoute! [...] Le système ne reconnaît pas ce qu'il ne voit pas. Tu sais, le psychiatre n'a pas nécessairement la même vision des choses. (1, 19, 33).*

Des membres soulignent qu'avant de chercher à établir un partenariat plus solide avec les intervenants des services de psychiatrie du CH, l'équipe doit d'abord se définir elle-même et se consolider. Sinon, elle risque d'y perdre son autonomie.

*On a intérêt à être en équipe assez vite. Il faut être cohérent aussi par rapport à ce qu'on dit. [...] Notre force, c'est la cohésion. Si on a l'air tout éparpillé... [...] Ils vont nous dire ramassez-vous, puis essayez de savoir ce que vous êtes avant de nous demander des choses. (1, 12).*

*Une bonne collaboration avec le CH, mais comme partenaire, mais pas comme exécutant de l'hôpital. (1, 11).*

Lors de l'entrevue de groupe, la discussion met en évidence l'importance d'améliorer les collaborations avec les services de deuxième ligne. Il est proposé de rencontrer les psychiatres et les autres professionnels de la Clinique externe de psychiatrie.

*Il y aurait lieu qu'une rencontre ait lieu entre l'équipe d'ici et les psychiatres du CH. [...] Il y a sûrement des éléments qui touchent plus la dimension clinique qui pourraient être abordés. [...] Il y a 90 % des situations de suivi en santé mentale où il y a un psychiatre attitré officiellement. [...] Ils sont des acteurs directs.*

Les médecins en pratique privée : un partenaire plutôt éloigné. Les médecins en pratique privée sont reconnus par les membres de l'équipe comme étant la principale porte d'entrée pour les personnes atteintes d'un problème de santé mentale. Le partenariat varie en fonction des habitudes des intervenants de l'équipe et de celles des médecins interpellés. Il s'agit surtout d'échanges ponctuels d'information ou de collaboration en vue de solutionner un problème de santé physique. Des membres de l'équipe attribuent une importance mitigée à l'instauration d'un partenariat plus étroit avec les médecins, ceux-ci n'étant pas reconnus comme l'un des principaux partenaires ni comme un référent

important. S'il y avait une collaboration à développer, ce serait plutôt avec les psychiatres du CH, la majorité des clients étant suivis par l'un d'eux.

*C'est rare qu'ils sont juste avec leur médecin de famille. Il y a le psychiatre aussi, du CH. Moi, quand je communique avec les médecins de la ville, c'est plus pour des problèmes de santé multiples. [...] Ce qui pourrait être appliqué dans un plan d'intervention par rapport à un client, ce serait le psychiatre. (1, 13).*

La présentation de ces propos lors de l'entrevue de groupe entraîne une discussion sur le rôle des médecins en pratique privée. Selon des membres, nombre de médecins assurent en entier le suivi de personnes souffrant de dépression ou de troubles anxieux, et parfois même de troubles graves. D'autres ont plutôt l'impression que, sauf exception, ils éprouvent peu d'intérêt pour traiter ce type de clientèle et sont plutôt portés à référer ces personnes à la Clinique externe de psychiatre. Leur implication dans le traitement des troubles mentaux varie considérablement d'un à l'autre. Quoi qu'il en soit, chaque médecin juge des ressources auxquelles il fait appel pour son client. L'établissement de pratiques uniformes s'avère difficile dans ce contexte aux dires des membres.

*C'est difficile de tracer quelque chose qui revient à tout le monde. Ça veut dire dans lequel chaque médecin fait la même chose que l'autre. (6).*

*Le médecin établit jusqu'où il va avec un client et après ça... [...] ... va agir en complément avec d'autres ressources s'il le juge à propos. On a toujours fonctionné à l'intérieur de ça, puis je pense qu'on va continuer à le faire. Et je ne pense pas que ça soit pas correct de ne pas le faire comme ça. (7).*

Certains sont portés à croire qu'un suivi assuré par le médecin seul ne peut suffire à répondre à tous les besoins des personnes atteintes d'un trouble mental grave. S'allier à l'équipe serait préférable. Ceci implique que les médecins connaissent mieux les services que l'équipe peut offrir et qu'ils lui fassent davantage confiance.

*Il y en a qui les gardent, puis des fois on les a lorsqu'ils sont gravement décompensés. [...] Mais moi, je me dis, étant donné que notre secteur est nouveau, c'est comme une nouvelle mentalité à développer chez les médecins, puis il faut qu'ils nous fassent confiance. (6).*

Il est suggéré que la chercheuse rencontre, dans le cadre de l'étude, des médecins en pratique privée afin de vérifier ce qu'ils connaissent des services offerts par le CLSC, ainsi que leurs attentes. Il est aussi proposé de rencontrer les médecins de l'Unité de médecine familiale (UMF) avec qui une collaboration plus étroite serait souhaitable pour une clientèle

atteinte à la fois de problèmes physiques et de troubles mentaux. Les collaborations possibles sur le plan clinique n'ont pas vraiment été discutées jusqu'à maintenant.

*J'ai plusieurs clients qui ont des problèmes de santé physique en plus des problèmes de santé mentale, puis ça finit qu'en ville on a de la misère à les caser. [...] Ici, il y a quand même une disponibilité de médecins cinq jours sur sept. C'est des lieux physiques qui sont sur le même étage, le même établissement. Ça fait que c'est plus facile aussi de les référer. [...] J'ai plusieurs clients qui ont ces médecins-là, puis qu'il y aurait une collaboration qui serait à souhaiter, puis qui serait importante pour agir. Avoir un plan d'intervention commun pour certains clients. Des fois, on sent que ce n'est pas facile, il y a de la réticence. [...] Arrimer les attentes de tous et chacun plutôt que de se voir comme menaçants les uns, un pour l'autre. C'est une situation difficile. (31).*

Un partenariat mitigé avec les ressources communautaires. Le partenariat avec les ressources de la communauté se développe graduellement, affirment des membres de l'équipe. Certains disent avoir commencé à les visiter et à créer des liens. Cependant, des membres notent que les collaborations demeurent informelles. Elles varient selon la connaissance et l'impression que les intervenants en ont, et c'est surtout par le biais de ce qu'en disent leurs clients et leurs clientes qu'ils s'en font une idée. La tendance est de faire appel aux organismes communautaires surtout pour des besoins relatifs aux ressources matérielles et aux activités de loisirs.

*Il n'y a pas eu vraiment à avoir de l'échange par rapport au modèle préconisé, par rapport à l'intervention en tant que telle. C'était plus de : j'aurais quelqu'un à te référer. [...] Je n'ai pas eu de suivi parallèlement où on a dû s'entendre. (3, 12).*

*C'est beaucoup dans la sphère activités, puis la sphère soutien, soutien matériel, de la nourriture. [...] Quand on voit que les gens s'ennuient, on va les référer. [...] Tout ce qui concerne loisirs. (6, 12).*

*J'essaie d'intégrer ça avec les organismes communautaires, créer un réseau parallèle au mien, pour que je puisse un moment donné le laisser pour en prendre d'autres. (4, 27).*

*C'est plus relié à l'intervenant qui lui va apprécier s'il peut, en fonction de ce qu'il connaît aussi de l'organisme communautaire, pouvoir référer la personne. (7, 14).*

Certains membres reconnaissent de la duplication par rapport à l'intervention individuelle pratiquée par des organismes communautaires. Il y aurait lieu de mieux cerner le problème et d'apporter les ajustements requis.

*Ils font aussi beaucoup d'individuel par rapport... je pense, ils ont une travailleuse sociale. Les gens vont faire de la rencontre. Ça doit être difficile comme ce petit rôle-là de départager. Des fois, il y a comme de la duplication. (1, 15).*

De même, le soutien apporté aux organismes communautaires par les membres de l'équipe est peu défini et survient ponctuellement. On reconnaît ne pas s'être beaucoup attardé à cet aspect.

### *Réflexions de la chercheure durant cette première étape*

*Un accueil favorable.* La chercheure se sent la bienvenue parmi les membres de l'équipe lors de la présentation du projet de recherche. Le contact s'établit sur une note de convivialité et d'humour. L'intérêt, la curiosité et l'enthousiasme à relever le défi, qu'elle perçoit chez les membres, la rassurent sur les chances de succès de l'étude. Cette assurance est renforcée par le soutien ferme apporté par le chef de programme. Ce dernier entrevoit l'étude comme une occasion fort avantageuse à saisir. Il prévient la chercheure qu'elle a le champ libre en ce qui a trait à la clinique, mais que la sphère gestion de son service demeure de son ressort. Cette entente ravit la chercheure qui s'intéresse surtout aux activités cliniques de l'équipe de base Santé mentale.

Peu à peu, la chercheure a le sentiment qu'une complicité s'établit entre elle et le chef de programme à travers des échanges informels sur le déroulement de l'étude ou sur l'engagement des membres de son équipe. Elle collabore avec lui pour l'organisation des rencontres et ainsi de suite. Elle se questionne sur l'effet que pourrait avoir cette *complicité* apparente sur les membres de l'équipe. Ces derniers pourraient-il y voir une alliance avec le *patron*? Conformément à l'orientation privilégiée dans cette recherche, la chercheure tente de projeter un rôle d'animatrice et non une position de pouvoir quelconque. Ainsi, elle livre au chef de programme ses impressions générales se résumant à son appréciation de l'implication des membres de l'équipe et à son intérêt pour ce qui est exprimé. Par ailleurs, elle croit que le fait de se rapprocher de chacun des membres lors des entrevues individuelles et d'accueillir positivement tous les points de vue exprimés permettront d'établir le rapport égalitaire qu'elle recherche.



Comment l'élaboration en cours d'un Cadre de référence régional affectera-t-elle l'étude? Quatre mois avant le début de la collecte des données, un Comité régional, chapeauté par la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS), est formé en vue d'élaborer le *Cadre de référence : Services offerts par le programme de Santé mentale - adultes dans les CLSC*. Ce projet s'inscrit dans la volonté de diminuer la confusion entourant la définition et le mandat des services de base des CLSC en santé mentale et d'uniformiser le développement des services dans la région. Le comité chargé d'élaborer ce *Cadre de référence* est formé de 19 personnes. La chercheure est invitée par la personne responsable du projet à se joindre au groupe à titre d'observatrice durant les journées de travail.

En vue de mieux cerner la problématique des services de base en santé mentale, le Comité s'enquiert des points de vue de 24 praticiens en santé mentale par le biais de groupes de discussion. Par la suite, il invite 44 praticiens à s'exprimer sur les modalités d'intervention les plus efficaces. Huit membres faisant partie de l'équipe impliquée dans notre étude participent à l'un ou à l'autre de ces groupes de discussion. Les propos énoncés par les membres de l'équipe lors des entrevues individuelles et ceux relevés par le groupe chargé d'élaborer le *Cadre de référence régional* se recoupent abondamment. Ils ont trait par exemple à la confusion entourant la nomenclature *santé mentale menacée, services psychosociaux courants* ou *services de base*, au manque de concertation entre les services, au renouvellement des pratiques et ainsi de suite.

La chercheure se sent interpellée de différentes façons par rapport à ce projet au niveau régional. Premièrement, les personnes en charge du Comité lui font appel pour consulter, si possible, les écrits recensés dans le cadre de cette recherche, ainsi que la grille d'analyse des données utilisée, en vue, éventuellement, de s'en inspirer pour rédiger le chapitre portant sur les modalités d'interventions à privilégier. Deuxièmement, les membres s'attendent à ce que les travaux de la chercheure s'harmonisent efficacement avec l'élaboration du *Cadre de référence régional*.

Devant l'ampleur, la rapidité et la proximité des travaux du Comité, la chercheure doute à certains moments de l'importance de la contribution de la présente étude réalisée avec des moyens beaucoup plus modestes et des contraintes rigoureuses inhérentes à la

méthodologie choisie. D'un côté, elle prend connaissance des données récoltées par le Comité et celles qu'elle obtient auprès des membres de l'équipe, et de l'autre, elle s'abstient de dévoiler ses données et ses opinions par soucis de confidentialité. Aussi, il lui semble embarrassant de partager sa recension des écrits ou ses grilles d'analyse à cette étape de l'étude, celles-ci se peaufinant continuellement. En conséquence, elle ne répond que partiellement aux attentes du Comité en lui fournissant quelques écrits qu'elle juge les plus pertinents.

Dans un autre ordre d'idée, la chercheuse, inspirée par un devis de recherche constructiviste, s'efforce de créer une ambiance propice à la réflexion personnelle et collective, à la créativité et au partage des idées dans l'équipe. L'idée est que le modèle qui va émerger soit bel et bien celui de l'équipe. Elle craint que le fait d'être associée par les membres de l'équipe aux travaux du Comité leur donne l'impression qu'elle se rangera du côté d'un cadre établi qu'elle cherchera à promouvoir. De plus, elle se demande si l'apport de renseignements sur l'évolution des travaux du Comité, à l'occasion de la rencontre d'équipe, pourrait avoir l'effet de contrer la réflexion et l'implication des membres. Par exemple, ces derniers tendent à adresser diverses questions de clarification et pourraient décider d'attendre les nouvelles directives au lieu d'exprimer leurs idées, de les examiner et de les débattre. En d'autres mots, quel est l'intérêt de se questionner sur des questions difficiles lorsqu'un Comité de cliniciens, mandaté par une instance dirigeante, est sur le point d'apporter certaines réponses? Ce contexte ne risque-t-il pas de décourager la créativité? Peut-être, dans une autre perspective, y a-t-il lieu de se demander si le souhait exprimé par rapport à l'harmonisation des travaux du Comité avec ceux de la chercheuse traduit en fait un désir que le Comité tienne réellement compte des points de vue émis par l'équipe.

Par contre, il se pourrait que le *Cadre de référence régional* constitue une source d'information éclairante permettant aux membres de l'équipe d'élever davantage le niveau de consolidation de leur modèle d'intervention. Ceci dit, la chercheuse choisit de demeurer fidèle au but de l'étude qui est de chercher à énoncer la meilleure construction possible d'un modèle d'intervention avec l'équipe. Elle s'efforcera de mettre l'accent sur l'aspect clinique plutôt qu'organisationnel des services. Il est décidé, de concert avec le directeur et la co-directrice de cette étude, de soumettre ultérieurement aux membres de l'équipe le

*Cadre de référence régional* au même titre que d'autres écrits pertinents, en vue d'alimenter leurs réflexions.

*S'agit-il vraiment d'une équipe de base?* La chercheure s'attendait à ce qu'une équipe de base en santé mentale s'occupe des troubles transitoires ou graves mais dont l'état est stabilisé. En fait, le traitement des troubles transitoires semble être attribué exclusivement au psychologue de l'équipe. De toute évidence, un seul intervenant, par la psychothérapie individuelle, ne peut traiter qu'une faible proportion des personnes souffrant de dépression ou d'un trouble anxieux. La chercheure se demande où cette clientèle peut obtenir de l'aide professionnelle mise à part auprès des médecins de famille et des services privés de psychothérapie. Elle s'étonne de la faible préoccupation apparente des membres de l'équipe par rapport à cette question.

Étant donné la gravité des troubles mentaux de la clientèle visée par l'équipe, l'appellation *équipe de base* ne conviendrait-elle pas mieux finalement à l'équipe des Services psychosociaux adultes dont la clientèle est moins gravement atteinte? L'équipe de base en santé mentale serait-elle, somme toute, plus près de l'équipe SIM? Le psychologue aurait-il pu être rattaché à l'équipe des Services psychosociaux courants plutôt qu'à l'équipe de base, le mode d'intervention de ces deux services étant davantage de nature psychothérapeutique? Aussi, pourquoi attribuer la fonction de conseiller clinique au psychologue en dépit des différences importantes quant aux types de clientèles suivies et aux interventions pratiquées par celui-ci et celles de l'équipe? Toutes ces questions amènent la chercheure à considérer l'idée d'intégrer l'équipe des Services psychosociaux adultes, de même que l'équipe SIM, au même titre que l'équipe de base comme répondants dans cette étude. Étant donné le nombre important de répondants que l'intégration de ces équipes entraînerait (entrevues individuelles et de groupe), il est convenu par la chercheure, son directeur et sa co-directrice, de rencontrer les deux équipes en tant que partenaires.

*Des interventions difficiles à circonscrire.* La chercheure s'attendait à recevoir des explications assez précises sur les interventions dispensées par les membres de l'équipe, ainsi que des justifications provenant de modèles théoriques ou de courants de pensée adoptés par les cliniciens. Or, elle a de la difficulté à faire émerger de leurs discours une description explicite et cohésive des interventions. Elle entend plutôt différentes façons

d'intervenir qui varient et semblent plus ou moins connues d'un intervenant à l'autre. Il lui semble que les interventions sont décrites de façon diffuse. Par exemple, on *accompagne* la personne, on lui apporte du *soutien*, on l'aide à *résoudre ses problèmes*. Plus souvent qu'autrement, la description est précédée par les mots *ça dépend*. Malgré que les membres de l'équipe lui répètent que selon eux, il n'est pas souhaitable de privilégier une approche quelconque par rapport à une autre, la chercheure persiste à croire qu'une intervention professionnelle devrait découler de balises provenant de modèles théoriques, appliquées de façon consciente, en les adaptant avec sensibilité selon les situations. Elle a l'impression, par moments, de nager à contre-courant en cherchant à circonscrire, à définir, à établir des repères clairs, représentant avec justesse ce que les membres de l'équipe font ou pourraient faire. Il lui apparaît difficile de conclure à un modèle éclectique ou à une approche intégrative car, de son point de vue, une approche intégrative implique d'abord que l'intervenant possède une connaissance théorique solide des différentes approches dont il s'inspire, et puisse les énoncer.

Par ailleurs, la chercheure a tendance à valoriser les *meilleures pratiques* basées sur des résultats de recherche ou émanant de guides de pratiques exemplaires. Elle s'étonne du peu d'intérêt qu'elle croit percevoir chez la majorité des membres de l'équipe à ce sujet. Elle a l'impression que les interventions s'inscrivent plutôt dans une approche de résolution de problèmes concrets, par essais et erreurs, visant essentiellement le maintien de la personne dans la communauté. Aussi, la chercheure a l'impression que le modèle d'intervention de l'équipe se situe dans un fort courant psychosocial, ce qui pourrait se comprendre par la représentation majoritaire d'intervenantes formées en travail social. Elle a tendance à croire que l'équipe de base pourrait assurer une meilleure continuité du traitement initié à la Clinique externe de psychiatrie ou durant l'hospitalisation, ainsi que le suivi sur le plan de la santé physique. Alors que plusieurs membres disent privilégier l'intervention dans le milieu de vie et une approche systémique, la chercheure s'étonne que l'intervention auprès des proches et du réseau entourant la personne demeure rare. L'équipe Jeunesse-enfance-famille est présente lorsqu'il y a des enfants de moins de 18 ans seulement. Plusieurs clients, bien qu'ils n'aient pas d'enfants, font partie de familles ou sont entourés de personnes significatives. Ces derniers pourraient être considérés non pas uniquement comme des informateurs, mais comme des alliés ou même comme clients dans un sens élargi.

Quoi qu'il en soit, la chercheuse suppose que les membres de l'équipe profiteront de la présente étude pour réfléchir sur les points qu'elle considère comme des incohérences ou des lacunes. Ces réflexions, qui seront bientôt enrichies par les points de vue des partenaires ou tirés des écrits, devraient, selon elle, conduire à des améliorations du modèle d'intervention.

Démarche parallèle de consolidation du travail d'équipe : un complément ou de la duplication? Parallèlement à l'étude, les membres de l'équipe sont impliqués dans une démarche visant le développement de leur capacité de travailler en équipe ou en interdisciplinarité. Leur implication dans cette démarche supervisée par une ressource spécialisée est obligatoire. La chercheuse se demande s'il pourrait y avoir de la redondance entre ce travail de consolidation de l'équipe et la participation à l'étude. Le cas échéant, ceci risquerait-il de diminuer l'intérêt des membres pour l'étude? Étant donné que cette recherche porte sur l'intervention plutôt que sur les relations entre collègues, elle a tendance à croire que ces deux démarches se complètent.

La place des médecins : un siège à demi occupé. Le médecin de l'équipe n'a pu participer à cette première étape de l'étude. La chercheuse se demande si sa présence aurait permis de faire ressortir davantage, dans le modèle émergent, la question des problèmes de santé physique concomitants aux troubles mentaux et les interventions sur ce plan.

La consolidation du partenariat avec les médecins en pratique privée ne semble pas faire partie des préoccupations majeures des membres de l'équipe. Dans l'esprit de renforcer les services de première ligne en santé mentale, la chercheuse croit que les membres de l'équipe auraient intérêt à développer des collaborations plus étroites avec les médecins. Ceux-ci, étant appelés à s'impliquer davantage dans le suivi de clients souffrant de troubles mentaux, devraient accueillir positivement l'idée de collaborer avec l'équipe. La chercheuse croit qu'il serait dommage que les membres de l'équipe considèrent cette question comme une affaire classée dès cette étape-ci de l'étude.

Changement de chef. Le chef de programme se retire de ses fonctions. Avant son départ, il prend soin de s'assurer que le nouveau chef continuera d'appuyer cette recherche.

La chercheuse rencontre ce nouveau chef à la demande de ce dernier, en vue de lui expliquer le projet. Celui-ci a pris connaissance des documents présentant les données récoltées durant cette première étape de l'étude, ce qui lui a permis, dit-il, d'en savoir davantage sur l'équipe. Il nomme une série d'actions qu'il prévoit ne pas tarder à poser, comme par exemple implanter des interventions de nature préventive, développer la thérapie de groupe, intégrer les services en réseau et ainsi de suite. La chercheuse perçoit ce chef plus directif que son prédécesseur, davantage interpellé par la dimension clinique et déterminé à apporter rapidement de grands changements. Elle craint que ce type de leadership s'ajoute aux directives du *Cadre de référence régional* qui devrait paraître bientôt, comme événement qui pourrait avoir l'effet de décourager la poursuite des réflexions entamées par les membres de l'équipe. Allo Chantal!

Suspension de l'étude. À la suite de cette première étape, nous devons suspendre l'étude pour des raisons incontournables. En fait, la chercheuse doit se retirer brusquement à la suite d'un diagnostic de cancer. Il est donc impossible de prévoir la durée de son absence ni même si l'étude allait pouvoir être reprise. Les membres de l'équipe sont informés de cette situation. Finalement, la suspension de l'étude dure neuf mois.

Apparence de transformations importantes du modèle d'intervention durant la suspension de l'étude. Peu avant de redémarrer l'étude, la chercheuse rencontre de façon informelle le chef de programme afin de s'informer de l'évolution de l'équipe durant son absence. Apparemment, nombre d'améliorations substantielles ont été apportées au cours de cette période, dont, entre autres, le renforcement de la responsabilisation du client comme valeur chez les membres de l'équipe, des plans d'action élaborés par les cliniciens en fonction de la demande initiale du client et de l'approche systémique à court terme. Le rôle de conseiller clinique est maintenant consolidé et des groupes psychoéducatifs sont animés par l'équipe AEO. Ces changements auraient presque permis d'enrayer la liste d'attente. De la formation sur le *co-développement*, sur l'approche systémique et sur l'intervention de groupe sera bientôt offerte aux membres de l'équipe. Des programmes de psychothérapie de groupe pour traiter les troubles transitoires sont en voie d'être implantés, bien que l'équipe chargée de ce projet ne soit pas déterminée pour l'instant. De plus, le chef de programme annonce que deux nouveaux comités sont mis sur pied : un Comité aviseur chargé de définir un modèle d'intervention en santé mentale au CLSC. Il rédige

actuellement un document intitulé *Continuum de services offerts en santé mentale adulte au CLSC et la vision vers laquelle ce modèle tend*, au fur et à mesure de l'évolution des travaux du Comité. Enfin un autre comité, le Comité interprogrammes, a été formé en vue de consolider l'arrimage entre les différentes équipes du CLSC.

Tandis que le chef de programme énonce toutes les réalisations produites en un très court laps de temps, les craintes de la chercheuse s'intensifient. Il lui apparaît évident que les changements apportés s'inscrivent dans le mandat attribué au chef qui consiste à développer les services de santé mentale en vue de les rendre conformes aux orientations ministérielles et régionales. Par contre, du côté de l'étude, la chercheuse se demande comment se situent les membres de l'équipe actuellement vis-à-vis ce vent de changement. Quelle place occupent-ils dans la prise de décisions sur les interventions à privilégier ou sur les formations à suivre? Les travaux de conceptualisation d'un *cadre de référence au niveau régional* par un comité d'experts et d'un *modèle de services en santé mentale au CLSC* auront-ils un effet sur leur intérêt à participer à l'étude? La chercheuse se demande si les données récoltées dans l'étude servent finalement les différents comités plutôt que les membres de l'équipe eux-mêmes. Comment s'assurer que ces derniers s'approprient réellement la transformation de leurs pratiques dans ce processus de recherche? La chercheuse a l'impression que ces événements, inhérents à l'environnement naturel changeant dans lequel cette étude est produite, comportent des enjeux qu'il est difficile d'évaluer. Tout compte fait, elle prévoit continuer en espérant que les entrevues individuelles auprès de tous les membres de l'équipe, l'importance égale qu'elle attribuera à toutes les idées émises sans égard à leur promoteur, ainsi que l'arrivée des points de vue provenant des partenaires et des écrits permettront de soutenir les membres dans leur propre démarche collective.

Reprise de l'étude et rencontre de l'équipe. Un an après la rencontre de groupe clôturant cette première étape, la chercheuse rencontre brièvement l'équipe à l'occasion d'une de leurs réunions en vue de les informer de la reprise de l'étude. Elle se sent touchée par la chaleur de l'accueil des membres. De cette courte rencontre, elle ressort soulagée et remplie d'enthousiasme pour la poursuite de ses travaux.

### *Résumé des données récoltées à la première étape*

Premièrement, cette section a présenté la construction initiale du modèle d'intervention de l'équipe, ce qui répond en partie à la première question de recherche qui s'intéresse à la nature et aux caractéristiques du modèle d'intervention. Cette étape constitue en elle-même une évolution vers une plus grande consolidation du modèle. Les données démontrent l'importance attribuée à des interventions qui favorisent l'*empowerment*, la responsabilisation et la résolution des problèmes de façon à maintenir, dans son milieu de vie, la personne atteinte de troubles graves. L'intervention est globale et basée sur le respect de la personne. Visant l'individu, plutôt qu'une famille ou un groupe, elle s'inspire avec souplesse de différents courants théoriques. Le partage souple des rôles entre les intervenants est crucial. Dans un continuum de services, les interventions de santé mentale sont partagées entre plusieurs équipes au CLSC (AEO, services psychosociaux adultes, équipe SIM). L'équipe de base Santé mentale elle-même est redivisée en sous-équipes (équipe de base Santé mentale, Service de psychothérapie et Clinique sans murs).

Deuxièmement, en lien avec la deuxième question de recherche qui a trait aux aspects moins satisfaisants du modèle, sont présentés les divers points litigieux pouvant éventuellement faire l'objet d'efforts de consolidation. Entre autres, le vocabulaire utilisé apparaît souvent comme une source de confusion, notamment lorsqu'il s'agit de désigner la clientèle ciblée ou le niveau d'intensité du service. Étant donné la surcharge de travail, il apparaît irréaliste de penser à faire de la prévention ou à s'impliquer davantage dans le traitement des troubles transitoires. Les pratiques empruntées par les différents collègues apparaissent obscures. Certaines sont sources de désaccord, comme par exemple l'accompagnement, la psychothérapie, la prise en charge ou l'aide à la famille. L'interdisciplinarité et le partenariat sont à développer. On souhaite un partage accru des responsabilités en matière de santé mentale avec les autres équipes du CLSC. On attend, du *Cadre de référence régional*, des précisions pour plusieurs points nébuleux, plus particulièrement par rapport à la précision des clientèles ciblées par les différents services et à la nomenclature pour les désigner.



## Deuxième étape : modèle d'intervention de l'équipe selon les partenaires

Cette partie présente une synthèse des points de vue exprimés par des *informateurs clé*, en l'occurrence, pour la grande majorité, les partenaires de l'équipe (voir figure 3). Il s'agit de professionnels du réseau de la santé et d'intervenants dans la communauté, concernés par le traitement ou l'aide à apporter aux personnes souffrant de troubles mentaux (voir tableau 4). Il faut savoir que plusieurs partenaires se sont exprimés par rapport à l'ensemble des services de santé mentale offerts par le CLSC, faute d'être en mesure de distinguer l'équipe de base des autres équipes rattachées à ce domaine, c'est-à-dire l'AEO, les Services psychosociaux adultes ou l'équipe SIM. Les partenaires ont exprimé leurs opinions sur le modèle d'intervention de l'équipe : son mandat, les clientèles ciblées, ses modes d'intervention, la façon dont le service offert par l'équipe complète le leur, le partenariat et les améliorations possibles. Cette section présente d'abord les principales caractéristiques du modèle d'intervention de l'équipe, telles que les conçoivent les partenaires interviewés. Suivent les points de vue reflétant leurs attentes. Ces données ont été présentées aux membres de l'équipe lors d'une entrevue de groupe. Comme dans la partie précédente, les réactions des membres sont présentées sous les thèmes les ayant suscitées. Les réactions et les réflexions de la chercheure terminent cette partie portant sur la deuxième étape de l'étude.

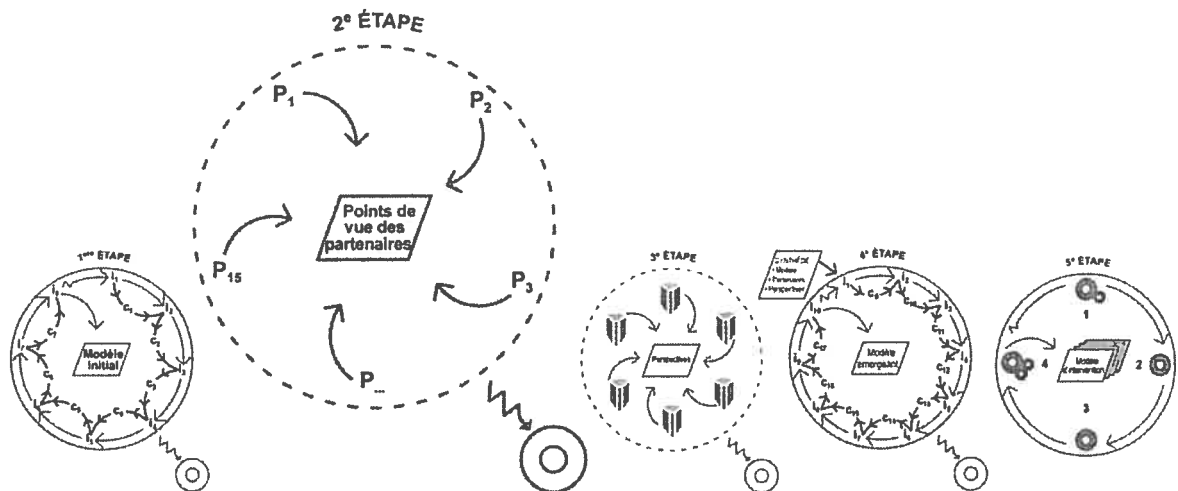


Figure 3. Deuxième étape

*Aperçu du modèle selon les partenaires*

De façon générale, les données récoltées indiquent que les partenaires entendent l'équipe de Santé mentale du CLSC comme étant assez spécialisée en matière de santé mentale. Plusieurs associent cette équipe à la relève des cliniques externes de psychiatrie, considérant que l'expertise des différentes disciplines qu'elles regroupent devrait leur permettre de répondre à la majorité des besoins de la population par rapport à la santé mentale. On lui reconnaît un rôle de soutien pour l'ensemble des ressources communautaires et des services de santé. D'autres lui attribuent un rôle pivot lui donnant la responsabilité de mobiliser l'ensemble des ressources communautaires et des services de santé et d'en coordonner les activités afin de répondre aux divers besoins des personnes souffrant de troubles mentaux.

Pour la majorité des partenaires, la clientèle ciblée par l'équipe correspond principalement aux personnes adultes, atteintes de troubles mentaux graves dont le fonctionnement est altéré mais non au point de nécessiter l'intervention de l'équipe SIM. La transition entre le milieu psychiatrique et la communauté, le maintien de ces personnes à domicile et leur réinsertion comme membres à part entière dans la communauté ressortent comme objectifs que devrait viser l'équipe. Certains mentionnent comme clientèle cible les personnes atteintes de troubles transitoires. Une zone mitoyenne comprend les cas pour lesquels la décision d'orienter la personne vers une équipe ou l'autre nécessite des discussions et un jugement de la part des professionnels et des gestionnaires, tenant compte d'abord des intérêts de la personne, puis d'autres facteurs comme les ressources et les compétences disponibles.

Dépendamment de la connaissance qu'ils en ont, les partenaires nomment divers types d'interventions réalisées par l'équipe. Par exemple, les fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation sont mentionnées, mais souvent sans différencier l'équipe de base de celle de l'AEO. Le suivi individuel est perçu comme étant l'approche privilégiée par l'équipe. Le suivi non intensif ou d'intensité variable, la psychothérapie, le suivi infirmier, l'accompagnement, le soutien, la résolution de problème, le *case management*, ainsi qu'un programme spécialisé visant le traitement des personnes atteintes de troubles de la personnalité limite sont autant de modalités d'intervention mentionnées. Certains ont eu

vent de l'existence de groupes psychoéducatifs. Il est parfois fait mention de conseils et de soutien ponctuels donnés aux intervenants des ressources communautaires.

### *Attentes exprimées par des partenaires*

#### *Un modèle d'intervention à bonifier, à uniformiser et à faire connaître*

La pertinence de la mise sur pied d'une équipe de santé mentale au CLSC est reconnue sans conteste par l'ensemble des partenaires. Il s'agit d'un service de première ligne valable, qu'il convient de maintenir, d'encourager et de bonifier. Si les CLSC parvenaient à préciser et à uniformiser leurs modalités d'intervention, il serait plus facile d'établir un partenariat efficace et de faire en sorte que les soins ou l'aide soit dispensés par le bon niveau de service, c'est-à-dire la première, la deuxième ou la troisième ligne. La créativité, l'ingéniosité et l'ouverture au changement sont vues comme des éléments essentiels au succès des équipes de base en santé mentale.

*... que nous comme ressource, on ne soit pas effectivement une première ligne et qu'on soit de plus en plus une deuxième et une troisième ligne. Parce que cette définition-là, elle est bien belle sur papier, mais elle pose souvent problème dans la clinique. Il y a des intervenants qui vont prendre des cas jusqu'à un certain niveau et d'autres qui vont très rapidement être dépassés. [...] On ne sait pas nécessairement le registre de compétences que le niveau de prise en charge... mais si on veut avoir une position optimiste de pouvoir éventuellement qu'il y ait quelque chose de plus homogène. Ça pourrait être un système qui serait encore plus performant. [...] ... qu'il y ait quelque chose qui soit commun à toutes les MRC. [...] Peut-être une philosophie d'intervention commune, un modèle commun. (31, 4).*

Plusieurs partenaires interviewés avouent n'avoir qu'une vague idée de l'équipe de base Santé mentale du CLSC. Ainsi, il leur apparaît crucial qu'elle se fasse connaître. Quelle est sa mission? De quels types de professionnels est-elle composée? Quelles sont les clientèles ciblées et ses modes d'intervention? Comment lui référer des clients? Quelles sont ses attentes vis-à-vis d'eux? Des partenaires disent mieux connaître l'équipe SIM et la Clinique sans murs, ces programmes leur ayant été formellement présentés lors de leur implantation.

*J'ai un problème, je ne le sais pas de qui est composée l'équipe de base, puis j'ai déjà entendu ce terme-là souvent, mais je ne pourrais vraiment pas te dire la définition de leurs tâches ou leurs rôles à jouer dans le CLSC. [...] Quand j'entends équipe Santé mentale, j'inclus clinique borderline, SIM,*

*service de base Adulte, puis AEO. Mais est-ce que c'est ça qui fait l'équipe de base? Je ne sais pas. (43, 1, 2).*

*Ils ne sont pas connus tant que ça comme équipe, ou identifiés comme ressource pour nos patients. [...] Tu vois par mes réponses que c'est un peu nébuleux! [...] Je ne les connais pas vraiment. [...] Je ne peux pas te dire quel rôle ils ont, quelle mission ils ont. (46, 5).*

### *Valeurs*

Raccourcir les délais. Des partenaires s'attendent qu'à titre de première ligne, les services offerts par l'équipe soient accessibles à proximité du milieu de vie des gens dans de brefs délais, ou sans délais du tout, avec ou sans référence d'un médecin ou d'un psychiatre. Certains souhaitent que l'évaluation se fasse sur réception de la demande d'aide ou de consultation, sans attendre l'évaluation psychiatrique. Dans bien des cas, les conclusions d'un premier déblayage des problèmes et des besoins de services pourraient ainsi être rapidement transmises aux partenaires de la deuxième ligne, justifiant éventuellement l'urgence de l'évaluation psychiatrique. Sans attendre, un plan d'intervention pourrait être initié par l'équipe du CLSC, puisqu'une intervention rapide diminuerait l'ampleur de la décompensation de l'état de la personne ou de la détérioration de sa condition. Ceci apparaît d'autant plus important au début de la maladie ou à la suite d'une hospitalisation. Une réponse rapide est essentielle non seulement pour les personnes atteintes, mais aussi pour les familles qui se retrouvent souvent démunies.

*Moi, une de mes attentes que j'ai face au CLSC, c'est que la gestion de la liste d'attente ne soit pas de trois mois, parce que sinon, on va encore rusher avec ces gens-là. Puis des fois, s'ils peuvent les prendre rapidement, ils vont baisser la crise vite, tandis que si ça attend trois puis quatre mois, c'est là qu'on part à long terme pour un suivi, au lieu d'avoir réglé quelque chose peut-être en un mois et demi d'intervention. (43, 16).*

Lors de l'entrevue avec l'équipe, des membres se disent surpris par ces propos et en désaccord avec le fait d'évaluer les besoins de la personne avant que l'évaluation psychiatrique soit faite. Il s'agirait pour eux d'un processus inversé qui a peu de sens, puisque le client est d'abord référé à la Clinique externe de psychiatrie par un médecin. L'évaluation psychiatrique n'est pas obtenue à la demande des membres de l'équipe.

### *Trouver l'équilibre entre la responsabilisation du client versus la prise en charge.*

Des partenaires disent avoir l'impression que des professionnels du CLSC contribuent

parfois à garder la personne dépendante des services en la surprotégeant ou en l'empêchant de faire ses choix et d'en assumer les conséquences.

*Tu y apprends pas à gérer son budget en jumpant sa carte. Tu fais juste garder du pouvoir dessus. (43, 12).*

*Des fois j'avais l'impression qu'il y avait beaucoup de prise en charge dans cette équipe-là. [...] ... l'accompagner à l'épicerie... (35, 14).*

À l'opposé, des partenaires notent plutôt une tendance de l'équipe à surestimer la capacité des clients et des clientes à reconnaître, à exprimer et à répondre à leurs besoins de santé de façon autonome. Ainsi, des suivis seraient cessés de façon prématurée dès que l'état de la personne commence à s'améliorer ou lorsqu'un nombre prédéterminé de visites a été réalisé, ou encore lorsque le client ne reconnaît pas son besoin d'aide. Un suivi léger pourrait être maintenu plus longtemps, soutiennent des partenaires. Il pourrait s'agir de courtes rencontres, d'appels téléphoniques graduellement espacés ou encore de la possibilité de rejoindre au besoin un intervenant avec qui la confiance est établie. Les situations de stress risquant d'entraîner une rechute ou les signes d'une rechute probable pourraient être détectés et l'intervention intensifiée durant un certain temps pour éviter une détérioration plus importante. Le suivi pourrait prendre fin lorsque le client dispose d'un réseau de soutien suffisant et satisfaisant dans la communauté et qu'il a la capacité de demander de l'aide au besoin. Offrir un service du même type qu'*Infosanté* est proposé.

*Il faut arrêter de surestimer les gens qu'ils sont capables d'identifier leurs besoins. Oui, il y en a qui le sont. Il y en a qui ne le sont pas. Ça fait qu'arrêtons de dire : Bien monsieur, ce qu'il me demande, c'est telle chose. Oui, monsieur ce qu'il te demande c'est telle chose, mais il y a aussi des lectures à faire, qu'il faut faire premièrement. (36, 21).*

*Je sens qu'il y a des pressions des fois pour qu'il y ait des dossiers qui se ferment. Alors qu'à mon avis, on ne devrait pas avoir la finalité ou l'objectif que le dossier se ferme. [...] Le réflexe qu'on a au CLSC... [...] ... c'est que quand la personne va bien, on dit ok, vous allez bien, vous avez moins besoin, c'est terminé. [...] On est obligé de se rendre au plus dramatique, c'est l'hospitalisation! [...] Ce qu'on leur dit, on ne dit pas : appelez l'intervenant CLSC. Présentez-vous à l'urgence, c'est ça qu'on leur dit. [...] S'il y avait des chargés de dossiers, ça pourrait être : ça va bien, tant mieux, ça va moins bien, je suis là. Même s'il n'y a pas de suivi régulier. [...] Ils ont le téléphone, un nom. (32, 22, 24).*

Lors de l'entrevue de groupe, les membres de l'équipe réfutent la critique à l'effet qu'ils auraient tendance à surprotéger les clients. Peut-être fait-on référence aux

interventions de l'équipe SIM, disent certains. S'agit-il d'une méconnaissance ou d'une incompréhension des besoins de la personne? Un point de vue est amené dans la discussion par rapport à l'importance d'émettre une opinion professionnelle sur le problème et de recommander les moyens pour y remédier.

*Quand le chirurgien rencontre quelqu'un, il ne demande pas, puis ma petite madame, c'est quoi qui vous ferait plaisir aujourd'hui? Il dit madame, pour votre problème, c'est ça que ça prend. Puis il y a des pours, puis il y a des contres. Donc, je ne vois pas pourquoi dans le domaine psychosocial, il faudrait se baser uniquement sur la satisfaction des besoins des personnes. Il y a de la pertinence aussi! On donne la bonne affaire au bon moment. (31).*

La critique par rapport à la fermeture précoce des dossiers n'est plus fondée, selon les membres de l'équipe, puisqu'une période de six mois est maintenant allouée à la personne pour pouvoir réactiver son dossier sans que la demande repasse au Comité d'accès.

Renforcer la base théorique des interventions. Des partenaires disent avoir parfois l'impression que les interventions rendues par l'équipe de base relèvent davantage de l'intuition que de connaissances théoriques solides. Selon eux, l'équipe devrait être en mesure d'effectuer une démarche structurée dans laquelle le problème est défini, des objectifs sont fixés et un plan d'intervention est établi à partir de connaissances valides provenant des diverses disciplines des cliniciens. L'intervention devrait être de nature psychothérapeutique, c'est-à-dire dépasser le niveau d'une aide basée sur l'intuition, l'écoute active ou l'information dispensée par les ressources communautaires.

*C'est comme s'ils ne s'appuyaient pas sur une pratique qui est étayée par des lignes apprises à l'école. [...] Ils vont juste au senti ou au friendly. [...] Ah! Je vais t'aider. Je t'écoute, puis regarde, je vais te donner des conseils ou trouve des conseils, puis je vais t'appuyer là-dedans. Comme un confident. (45, 22).*

*C'est des gens qui vont au CLSC... [...] ... mais ils sont sur la liste d'attente. Alors, une façon de dire on s'occupe de vous autres, on ne vous laisse pas tomber, on va vous offrir ce petit groupe en attente. Ça va un peu vous outiller, puis on va vous faire patienter avec ça. Je trouve que c'est une ressource le fun. [...] C'est ouvert au public. Bon! Mais ça, ce n'est pas un volet thérapeutique! [...] Il faut un autre niveau aussi. (41, 7).*

Tandis que des partenaires suggèrent de camper la pratique dans le cadre d'une approche systémique structurée et brève, d'autres émettent une mise en garde à l'endroit de modes ou de tendances qui surviennent dans le domaine des psychothérapies. Les interventions, selon eux, devraient découler des valeurs partagées entre les membres de l'équipe et de leur conception de la personne. Elles nécessitent une réflexion sur la meilleure façon de répondre aux besoins des différentes clientèles. Par exemple, des sessions psychoéducatives constituent sans doute une alternative intéressante pour plusieurs personnes, mais elles répondent peu aux besoins de plusieurs autres dont une démarche personnelle plus poussée est nécessaire, soutiennent des partenaires. Il en est de même pour l'approche systémique à court terme ou encore des blocs prédéterminés de rencontres de groupe. Il importe d'éviter les formules facilement applicables, que l'on serait tenté de servir de façon illusoire à tous et à toutes, souvent en réponse à des pressions de performance et d'efficience.

*Je pense que le CLSC se doit de s'assurer que tous ses professionnels sont confortables dans l'approche systémique. Parce que l'intervention brève, dans l'approche systémique, est assez structurée, puis elle est en lien avec la mission des CLSC. (45, 8).*

*On a l'impression, je te dis bien l'impression, qu'il faudrait avoir les kits magiques pour qu'on reste moins longtemps dans les dossiers, puis qu'on prenne des nouveaux dossiers, puis qu'il n'y ait plus de liste d'attente. (34, 25).*

*Tu ne peux pas dire : o.k. c'est que du structuré, court terme, dix rencontres qu'on fait ici ou c'est du systémique. [...] C'est pas ça la réalité. On a des besoins, puis c'est quoi le meilleur moyen pour y répondre? [...] Au niveau de l'organisation, je ne suis pas certaine qu'ils sont centrés sur les besoins de la clientèle, mais qu'ils sont davantage centrés sur l'efficience et la performance. (36, 25).*

#### *Clientèles et besoins ciblés*

Accès trop restrictif ou attentes démesurées? Des partenaires considèrent les critères d'accès établis par l'équipe comme excessivement rigides et peu réalistes. Par exemple, le fait d'avoir des enfants, une maladie physique, un handicap, une déficience intellectuelle ou un traumatisme crânien ne devrait pas servir de critère d'exclusion. Il en est de même pour une consommation abusive d'alcool ou un passé de violence conjugale. Les critères d'accès devraient tenir compte de la comorbidité qui, plus souvent qu'autrement, est le lot des personnes traitées en psychiatrie.

*Ils insistent plus sur les critères d'exclusion que d'admission (rires). Bon, lui, il n'y aurait pas un axe II? Y'a-tu une déficience intellectuelle? [...] Ils essaient toujours de refiler ça. S'ils peuvent trouver quelque chose pour pas avoir à s'en occuper. Tu sais, c'est sûr qu'ils sont chargés. Comme ils disent, il y a des listes d'attente. [...] Ils veulent tellement sélectionner ce qui leur revient, ils excluent plein de monde, puis ces gens-là se retrouvent dans un vide. (32, 17, 18).*

*J'ai eu des cas récemment où on réfère, mais on me dit : c'est trop intensif le suivi, on envoie ça au SIM. Le SIM dit : ça, ce n'est pas à nous autres à prendre ça. [...] Si le moins le patient a un problème physique, bien c'est une autre équipe du CLSC qui devrait le prendre. Mais l'autre équipe ne veut pas parce qu'il a un problème psychiatrique. [...] Finalement, le patient, il n'a pas personne. Il est encore dans le bureau, puis il rebondit tout le temps. (31, 9).*

*J'ai l'impression des bouts que ça prend des clients sur mesure (rires). Il y a beaucoup d'appelés mais peu d'élus. (38, 6).*

*En Soutien à domicile, quand tu as 115, 120 clients, puis qu'il faut que tu planifies ta cédule de visites et de suivi... il t'arrive une cliente comme ça, bien la cliente, elle risque de gruger du temps et de te déstabiliser dans ton horaire de travail, ta planification. [...] C'est qu'en Soutien à domicile la porte est ouverte très, très, très, grande. [...] Dans les autres programmes, ils n'ont qu'à dire non, ça on ne le prend pas, la porte se ferme. (38, 5).*

Des partenaires disent s'attendre à une plus grande implication de l'équipe auprès des enfants, des jeunes et des personnes âgées souffrant de problèmes de santé mentale. Malgré les besoins importants qu'ils présentent, ces groupes leur apparaissent plutôt mal desservis sur le plan de la santé mentale.

*C'est comme si après 65 ans, ils n'ont plus de maladie mentale. (38, 2).*

À l'opposé, d'autres partenaires reconnaissent le rôle de *filet* assumé par l'équipe pour des personnes dont les caractéristiques ne cadrent pas dans les critères d'accès établis. Ils soutiennent que l'équipe outrepassé souvent son rôle en acceptant des clients aux prises avec des difficultés liées à la déficience intellectuelle ou à un traumatisme crânien et que plusieurs partenaires ont tendance à référer toute personne dès qu'ils apprennent que celle-ci a connu un problème psychiatrique dans le passé. Des partenaires défendent l'idée qu'une offre de services devrait résulter de l'analyse la plus juste possible des besoins de la personne. Les différentes équipes du CLSC ou d'autres ressources pourraient ensuite voir comment ils peuvent contribuer à la satisfaction des besoins de cet individu. La personne



devrait être référée à l'équipe la plus appropriée en tenant compte de ses besoins plutôt que pour des raisons de disponibilité. Quand la problématique requiert des services spécialisés, ceux-ci devraient être disponibles.

*C'est difficile des fois d'avoir d'autres types de services. Ce qui fait que c'est l'équipe de base qui doit palier à ça, alors que ce n'est pas nécessairement dans leur rôle. (36, 1).*

*On fait ci, on fait ça, on fait ça. Ça, c'est notre structure. Mais regardons avec le client, lui, c'est quoi qu'il a besoin. Après ça, on dira qu'est-ce qu'on peut faire... [...] Avant de dire nos critères d'exclusion, ce client-là, on ne peut pas le recevoir, faudrait dire, regardons le tableau... (38, 23).*

La présentation de ces points vue énoncés par les partenaires produit chez les membres de l'équipe de vives réactions malgré qu'ils s'attendaient, affirment-ils, à trouver ce genre de critiques à leur endroit. À plusieurs moments durant l'entrevue, plusieurs prennent la parole en même temps, des discussions à voix basse entre quelques membres surviennent. L'équipe, avec humour, cherche parfois à identifier les répondants. Certains demandent les proportions dans lesquelles les partenaires partagent tel ou tel point de vue afin de pouvoir en apprécier l'importance.

*Est-ce que ça aurait été compliqué d'avoir des... [...] ... pourcentages des répondants pour dire telle affirmation? [...] La valeur qu'on peut donner à l'intensité, aux affirmations. Bien celle-là on peut dire bien, c'est pas grave. C'est comme s'il y a presque personne qui pense ça (rires). (40)*

Des membres expriment de l'incompréhension ou leur désaccord par rapport à ce qui est perçu par les partenaires comme étant une rigidité exagérée de l'application des critères d'accès. Ils rétorquent qu'au contraire, il est exceptionnel de ne pas dispenser des services à une personne. De plus, ils précisent qu'un âge avancé ou le fait d'avoir des enfants ne servent d'aucune manière de critères d'exclusion.

*- Les personnes âgées, ce n'est pas un critère d'exclusion en santé mentale. On en a dans l'équipe. [...]  
- Ni les familles. On en a des mères schizophrènes avec de jeunes enfants.  
- Ou maniacodépressives.  
- Oui, mais ça va être en collaboration avec l'Enfance pour tout le suivi des enfants. (13).*

Des membres de l'équipe expliquent les critiques par la méconnaissance chez leurs partenaires des services offerts au CLSC ou par l'incompréhension des règles de

fonctionnement, comme par exemple l'évitement de la duplication des services. Le besoin de palier à cette lacune est exprimé.

*Il y a beaucoup de ces points qui découlent... c'est une méconnaissance! Beaucoup! (65).*

*Peut-être qu'un commentaire de quelqu'un qui connaît le réseau, c'est plus pertinent que dix commentaires de quelqu'un qui connaît pas le système. (40).*

*- On évite d'intervenir lorsque la personne bénéficie déjà d'un suivi avec un psychiatre ou un intervenant d'une autre équipe. [...]*

*- On doublera pas les services. [...]*

*- Il y a des gens qui ont l'impression qu'ils n'ont pas de services, mais en fin de compte, ils voient le psychiatre une fois par semaine. Bien, c'est ces cas souvent qui ne sont pas retenus mais en disant, bien, ils ont déjà un suivi très serré. (34).*

*Ceux qui ont été interrogés, qui ont dit ces commentaires-là, est-ce qu'ils vont avoir un retour là-dessus? Est-ce qu'on va corriger leurs perceptions? (rires). (9).*

Des membres de l'équipe rappellent que les discussions du Comité d'accès permettent d'orienter efficacement la personne vers la ressource la plus appropriée compte tenu de ses besoins. Il peut arriver toutefois que cette ressource diffère de celle demandée par le référent.

*Est-ce qu'on peut se permettre d'évaluer une demande en fonction des services qu'on donne ou il faut absolument donner le service qu'ils demandent? (50).*

Enfin, ressort de cette discussion l'idée que les intervenants des autres équipes du CLSC doivent desservir les personnes reconnues pour avoir déjà vécu des problèmes de santé mentale de la même façon que la population en général. De plus, ils ont également à intervenir, dans une certaine mesure, dans les problématiques de santé mentale simples, et présenter les cas au Comité d'accès s'ils le jugent nécessaire. Les obstacles mentionnés, tels que la gêne ou l'idée préconçue que leurs demandes seront refusées apparaissent peu valides aux membres de l'équipe. En dépit de leur désaccord avec les points de vue exprimés par rapport aux critères d'exclusion, des membres en reconnaissent la valeur pour alimenter leurs réflexions.

*Mais les infirmières du SAD... [...] ... elles sont moins outillées peut-être, puis elles devraient l'être en santé mentale, parce qu'elles sont capables.*

*Puis il y aurait d'autre chose, des aptitudes dans les autres équipes aussi à développer. (33).*

*Ça alimente la réflexion sur c'est quoi les services qu'on donne. De toute façon, on peut mieux les faire connaître. (67).*

*Le traitement des troubles transitoires attribué à l'équipe en tant que service de première ligne... mais s'agit-il de première ligne?* Des partenaires s'attendent à ce que l'équipe s'investisse bien davantage dans le traitement des troubles transitoires, attribuant cette fonction aux services de première ligne plutôt qu'à des services spécialisés. Le traitement de ces clientèles serait actuellement dispensé par les services privés ou par les services de deuxième ligne, faute de le retrouver en première ligne.

*Ce qui se faisait à la clinique externe avant devrait se faire maintenant en CLSC dans les équipes de base pour les gens qui n'ont pas de troubles sévères et persistants. [...] Toute la population de gens qui ont des dépressions, qui ont besoin d'un suivi psychologique, des gens qui ont besoin d'intervention de type cognitive ou de faire un traitement spécifique pour les troubles anxieux. [...] Le problème, c'est les patients qu'on (professionnels de la deuxième ligne) n'aurait pas réellement à suivre et que l'on est amené à suivre parce qu'il n'y a personne d'autre pour les suivre. (31, 1, 7).*

*Je reviens aux troubles anxieux. [...] On dirait qu'il n'y a pas d'endroit pour avoir du suivi psychothérapeutique. C'est pas obligé d'être psychologique. [...] Il y a une place pour le traitement en CLSC. (32, 19).*

Des partenaires croient au contraire que l'équipe, hormis le psychologue qui lui est rattaché, a déjà suffisamment à faire avec les personnes atteintes de troubles graves, et qu'il serait irréaliste d'ajouter dans leurs fonctions le traitement des troubles transitoires. De plus, certains associent le traitement des troubles anxieux aux services spécialisés.

*Je ne vois pas comment ça pourrait être l'apanage de l'équipe de base qui va s'adresser à une clientèle qui a des troubles plus sévères. [...] Ils en auraient assez à s'occuper en ajoutant la réadaptation. Les troubles anxieux devraient demeurer, je pense, à une équipe qui est plus spécialisée. Je ne pense pas que ça appartient à l'équipe de base. (47, 8).*

D'autres insistent sur l'idée qu'il appartient aux CLSC de décider des services offerts compte tenu des compétences disponibles. De plus, ces compétences devraient demeurer globales, c'est-à-dire non spécialisées. Du même coup, ces partenaires rappellent

qu'il appartient désormais aux CLSC de répondre à la majeure partie des besoins de la population en matière de santé mentale.

*Le suivi de personnes qui ont des troubles transitoires et qui ont des problèmes de santé mentale menacée, c'est chacun des CLSC qui sont libres des services qu'ils peuvent donner. Certains font des groupes, d'autres font des interventions individuelles. Mais c'est vraiment au CLSC de donner un premier niveau de services, puis dépendamment des niveaux de compétence qu'il a atteints, il peut référer à un milieu psychiatrique par après. Mais on a tendance à vouloir développer un modèle que, avec le médecin omnipraticien et les CLSC, qu'il y ait une offre de services assez globale et d'un niveau, sans être spécialisé, d'un niveau qui peut répondre à une bonne partie des besoins de la population. (45, 1).*

En réaction à ces propos lors de l'entrevue de groupe, des membres de l'équipe répliquent qu'il est faux de prétendre que les personnes atteintes d'un trouble transitoire ne reçoivent pas de services au CLSC. Cette clientèle obtient des services de l'équipe des Services psychosociaux adultes. Ce service se situe en amont sur le continuum des services en santé mentale. Les groupes de psychoéducation offerts par l'AEO constituent également un service dont peut profiter cette clientèle. De plus, les troubles dépressifs ou anxieux plus graves sont traités par le Service de psychothérapie. Il est probable que plusieurs partenaires à l'extérieur du CLSC, et même ceux à l'intérieur dit-on, ont de la difficulté à faire ces distinctions. En fait, les groupes de psychoéducation, les interventions ponctuelles de l'AEO, les services dispensés par l'équipe des Services psychosociaux adultes, la Clinique sans murs, l'équipe SIM et le Service de psychothérapie comblent une partie importante des besoins de la population en santé mentale. Le principe de continuum de services est rappelé. Des membres de l'équipe disent constater que l'adhésion des partenaires à ce principe semble encore faible.

*En santé mentale, non, mais c'est parce qu'il y a l'équipe Adulte dans le continuum de la santé mentale qui eux s'occupent de la santé mentale menacée et des troubles transitoires. Puis les psychologues qui s'occupent des troubles mentaux transitoires. (12).*

Les attentes exprimées par les partenaires à propos du traitement des troubles transitoires ramènent la discussion sur la position de l'équipe comme service de première ligne, conformément à la mission du CLSC. Il s'agit de services généraux. *On fait de tout*, rappellent des membres.

- *Mais c'est vrai que c'est un service de première ligne.*
- *Bien oui, parce qu'en réalité, c'est ça la mission de l'établissement. (1).*

Malgré cette évidence de devoir se définir en tant que service de première ligne, certains membres soulèvent des doutes par rapport à des aspects qui leurs semblent s'éloigner des caractéristiques généralement associées à ce niveau de service. Les délais, notamment, vont à l'encontre du principe d'accessibilité mis de l'avant en première ligne.

- *La première ligne est une couple de mois d'attente. [...]*
- *Bien, ça ne devrait pas non plus! [...]*
- *Bien, c'est de l'incohérence. (2).*

De plus, le Service de psychothérapie est, par tradition, associé à la deuxième ligne malgré son intégration à l'équipe de base. Il en est de même pour la Clinique sans murs également perçue comme un service spécialisé.

*Oui, mais nous, on offre quand même certains services spécialisés, on parle de la Clinique sans murs, on parle de la psychologie. On offre de la première ligne, on offre peut-être des services spécialisés aussi. (7).*

- *En psychologie, c'est toujours en deuxième ligne.*
- *C'est ça. Il n'existe pas de service de première ligne. [...]*
- *Première ligne spécialisée. [...]*
- *C'est pas une équipe spécialisée. C'est une équipe de première ligne.*
- *Bien non, c'est une équipe de première ligne, c'est bien évident. [...]*
- *Peut-être que les gens développent des compétences à force de travailler avec cette clientèle-là! Mais c'est pas une équipe spécialisée. C'est vraiment de la première ligne.*
- *Mais qui peut être appelée à se spécialiser davantage, de façon progressive. [...]*
- *Parce que des services spécialisés, ça ne relève pas des CLSC. (3).*

Intensifier les activités de prévention. Compte tenu de la prévalence élevée de suicides et de détresse psychologique dans la population en général, mais chez les jeunes et les personnes âgées en particulier, des partenaires croient que l'équipe pourrait s'impliquer davantage dans des activités de promotion de la santé et de prévention des troubles mentaux et du suicide. Ainsi, les interventions auprès de personnes vivant des problèmes tels que des difficultés au travail, des conflits conjugaux ou un trouble de l'adaptation pourraient être intensifiées. Ces problèmes font d'ailleurs partie de la nomenclature du DSM-IV, souligne un partenaire.

*C'est agir en prévention aussi. On commence dans les écoles à agir un peu... [...] ... mais on n'en fait encore pas assez. (44, 20).*

Étant donné la tendance de plusieurs personnes à ne pas solliciter d'aide alors qu'elles en auraient besoin, certains souhaitent que l'équipe trouve des moyens pour amener les gens à consulter leur médecin de famille lorsqu'elles vivent de la détresse.

### *Intervention*

Élargir la fonction d'évaluation des besoins des clients. Des partenaires relèvent l'évaluation comme étant une dimension primordiale du rôle des équipes de base en santé mentale. Ainsi, les personnes qui n'ont pas la capacité de s'engager efficacement dans la demande de services que requiert leur état devraient pouvoir bénéficier d'une évaluation ou d'une co-évaluation directement dans leur milieu de vie. Par exemple, il pourrait s'agir d'une évaluation produite conjointement par un membre de l'équipe et un intervenant de l'équipe de Soutien à domicile.

*Je suggérerais d'améliorer l'évaluation de la clientèle... [...] ... pas juste entendre et faire dire aux autres ce qu'ils ont vu! Aller voir dans le milieu, des évaluations conjointes. (38, 9).*

*La famille devient quasiment déstabilisée! [...] C'est de la désorganisation! [...] ...nous autres... [...] ... dans le doute on va voir. [...] Eux autres, toutes les pièces étaient là, on ne bouge pas. Ça prend une ordonnance de cour! (38, 10).*

Lors de l'entrevue de groupe, des membres expliquent que l'équipe n'a pas le droit légalement d'intervenir auprès des personnes en difficulté lorsqu'elles n'en font pas elles-mêmes la demande. Des discussions sur ce point ont déjà eu lieu avec des partenaires, disent-ils. Il semble que cela n'aurait pas permis de diminuer les attentes, déplorent certains membres.

Par contre, d'autres membres de l'équipe concèdent que la question pourrait être reconsidérée, à savoir si l'équipe a la flexibilité nécessaire pour qu'un de ses membres puisse procéder à une évaluation de la personne référée au Comité d'accès en cas de doute sur la ressource vers laquelle elle devrait être orientée.

*Si un intervenant de l'équipe Enfance-famille apporte un client, puis que le cas est discuté, puis que nous, selon notre perception, on pense que non, mais que l'intervenant pense qu'oui. Est-ce qu'on a la flexibilité de dire, bien, on va l'évaluer la personne pour voir, se faire notre idée finalement? Ou avoir un point de vue d'une intervenante de santé mentale? (37).*

Trouver l'équilibre entre la dimension de l'intervention psychosociale et celle des soins et des traitements. Des partenaires se disent préoccupés par la prédominance des interventions qui visent, apparemment, presque exclusivement la réintégration sur le plan social. Ils perçoivent, dans les interventions dont ils ont pu être témoins, une tendance à nier la maladie ou à ramener à un second plan les besoins de traitements. Ceci, selon eux, va à l'encontre de l'approche biopsychosociale prônée par l'ensemble des cliniciens. Ainsi, plus d'attention pourrait être portée sur les soins et les traitements des troubles mentaux en tenant compte des étapes de la maladie.

- *Dans mon temps, on parlait de psychiatrie, puis eux autres (au CLSC) parlaient de santé mentale. [...] J'ai l'impression qu'au CLSC, on va s'occuper de la santé mentale et nous, on va s'occuper et de la santé mentale et de la psychiatrie, de la maladie mentale. [...]*

- *...déjà, ils sont en santé mentale, puis on est bien chanceux. Mais, il faut que quelqu'un s'occupe de la maladie mentale, parce que si c'est un problème psychiatrique, au moins ils savent s'occuper de la maladie. [...] La clinique externe, les CH, c'est comme si on s'était débarrassé du suivi. On a peut-être oublié de demander au CLSC s'il le voulait. (32, 24).*

Développer des approches de psychothérapie brève. Des partenaires estiment qu'il serait plus approprié que les équipes de base en CLSC adoptent des pratiques de psychothérapie brève plutôt que de psychothérapie à long terme, et ce, même dans les situations où ces dernières pourraient être indiquées. La psychothérapie brève est jugée plus compatible avec le mandat attribué aux CLSC. De plus, les délais actuels pour obtenir une psychothérapie apparaissent inacceptables. Plus spécifiquement, certains disent attendre que ces équipes offrent une psychothérapie brève, basée sur des résultats probants, à la clientèle atteinte de troubles anxieux et de troubles dépressifs. La thérapie cognitivo-comportementale, individuelle ou de groupe, en est l'exemple de choix, bien qu'il puisse s'agir d'autres types d'interventions. Des partenaires se disent convaincus que plusieurs professionnels des équipes de base seraient intéressés à développer leurs compétences par rapport à ces approches.

*De première ligne... [...] ... il faut que les gens aient la préoccupation aussi d'offrir ces services-là. Ce n'est pas comme un bureau privé. Un bureau privé, tu fais ce que tu as envie de faire. Si tu veux faire des thérapies de deux ans, c'est ton affaire. [...] Il y a plein de gens intéressés à en faire du cognitif. (31, 6).*

*Ce serait bien une unicité finalement, qu'il y ait quelque chose qui soit commun à toutes les MRC et puis peut-être que les gens s'orientent vers*

*quelque chose qui soit du court terme, de la psychothérapie brève, avec des objectifs spécifiques et que les gens fassent un peu la même chose. (31, 4).*

Intensifier le suivi sur le plan de la santé physique. D'après ce qu'ils en perçoivent, des partenaires croient que l'attention portée par les membres de l'équipe au suivi de l'état de santé physique des personnes atteintes de troubles mentaux graves est insuffisante. Ils évoquent à ce sujet la difficulté qu'éprouvent souvent ces clients à évaluer leurs besoins de santé ou le fait que ceux-ci soient généralement peu enclins à consulter. Intégrer un médecin généraliste dans le plan d'intervention devrait devenir pratique courante, dit-on. Un examen physique annuel serait un minimum, tandis que l'implication d'une infirmière apparaît utile. Par exemple, en vue de favoriser l'observance de la médication prescrite et des visites médicales, il est suggéré d'assurer systématiquement un suivi infirmier aux personnes traitées pour des troubles dépressifs. Il pourrait s'agir d'enseignement, de soutien et de relances.

*C'est pas pour rien qu'il y en a un axe III. On sait bien que ces clientèles-là sont plus vulnérables... [...] ... qu'ils présentent plus de difficultés perceptuelles, des inquiétudes somatiques, qu'ils ne partagent pas. Ils ont aussi les effets secondaires des médicaments. [...] La préoccupation santé physique, si les gens n'ont pas la chance d'être référés, puis d'être pris en charge par une infirmière parce que souvent il y a un prétexte, une injection à donner... [...] ... ou d'un médecin omnipraticien qui réfère, puis qui continue à suivre ses clients, je pense qu'il y a des problèmes en santé physique qui ne sont pas une préoccupation. Ces gens-là ne reçoivent pas les services dont ils ont besoin. Je pense qu'il faut réaffirmer la place de l'omnipraticien dans tous les plans d'intervention, dans le processus d'équipe également... (47, 7, 10, 13).*

Continuer de privilégier l'intervention dans le milieu de vie. Des partenaires croient que les membres de l'équipe interviennent souvent dans les locaux du CLSC, alors que d'autres soutiennent qu'ils interviennent habituellement dans le milieu de vie de leurs clients. Certains rappellent les avantages considérables de se rendre au domicile des gens, à savoir une meilleure lecture des besoins, des plans d'intervention plus pertinents et la possibilité d'intégrer les proches, de leur apporter du soutien et de l'information.

*Il faut aller sur place pour voir comment ça s'organise, comme se vivent leurs relations, comment se voient les gens, comment ils se supportent. [...] ... ils y vont, on ne peut pas dire qu'ils n'y vont pas. (47, 9).*



*On sait pas trop le type d'intervention. Sauf que ce qui me semble important, c'est qu'ils aillent à domicile. [...] Parce que des fois, on a des grosses surprises. (36, 20)*

Intensifier l'intervention auprès de la famille ou des proches. Des partenaires considèrent que l'équipe pourrait intensifier leurs interventions sur le plan de l'aide apportée aux familles ou aux proches.

*Finalement, à l'équipe de base, avec les partenaires familles, on n'a pas développé grand chose. (47, 9).*

*Les familles aux prises avec un problème de santé mentale, elles ont besoin d'être épaulées par le réseau. [...] Ça devient une question de survie un moment donné pour eux autres de se retirer. (38, 12).*

*On s'occupe beaucoup du bio en hospitalisation, mais en même temps on les sort vite. [...] Le moins en crise va sortir pour faire place à un qui est plus en crise. Mais moins en crise, ça ne veut pas dire qu'elle est finie sa crise. Ça fait que les familles, ils disaient souvent, quand il revient, il est comme encore zombie. C'est pas la place à la maison. (41, 5).*

Intensifier les interventions visant l'intégration sociale. Des partenaires souhaitent que l'équipe accentue ses interventions visant à aider les personnes atteintes d'un trouble mental grave à trouver un sens à leur vie par le biais d'un programme d'étude par exemple, d'un emploi ou d'autres activités sociales significatives. Beaucoup de travail reste à faire avec les partenaires des différents secteurs pour réintégrer des clients dans la société.

*... le champ de la réadaptation, c'est peut-être le plus pauvre, j'ai l'impression qu'on n'est pas nécessairement outillé pour remettre les gens à l'école, remettre les gens au travail... (47, 1).*

### *Interdisciplinarité*

Préciser les rôles des différents professionnels. De nombreux commentaires émis par les partenaires vont dans le sens de la promotion du travail en équipe, du partage d'avis et de connaissances et du soutien mutuel entre les membres. Il s'agit de mettre à contribution les expertises spécifiques des différentes disciplines pour répondre le plus efficacement possible à l'ensemble des besoins des personnes. Une erreur serait, selon eux, de faire de cette équipe un regroupement d'individus intervenant de façon isolée, au mieux de leurs connaissances, à partir de leur propre lecture des besoins des personnes, ou adoptant un rôle plus ou moins clair de psychothérapeute.

*Quand t'entends parler d'un client, c'est pour le mettre dans son case load. Alors, on le prend ou on ne le prend pas. [...] Chacun est isolé dans son bureau. [...] On ne se voit pas plus parce qu'on est ici. (47, 4, 6).*

*Il faut éviter que tout devienne confus, que tout le monde fasse un peu de thérapie, de psychothérapie. Alors moi, je réclame que chacun joue bien son rôle dans l'équipe multidisciplinaire. Qu'il y ait un intervenant pivot, ça va, mais... [...] ... il faut un diagnostic posé dans chacune des disciplines. Il faut que chaque discipline continue à offrir les services. Sinon, on s'y perd. Tout le monde fait du soutien, un peu de thérapie et finalement, il a des problèmes qui sont escamotés. (47, 2).*

Il est proposé que les cinq axes des diagnostics du DSM-IV servent de cadre de référence pour situer la contribution plus spécifique de chaque professionnel auprès du client. Par exemple, les médecins et les psychiatres interviennent davantage par rapport à l'axe I, les psychologues par rapport à l'axe II, les médecins et les infirmières à l'axe III, les psychoéducateurs et les travailleurs sociaux à l'axe IV et ainsi de suite. Chaque professionnel pourrait ainsi établir ses diagnostics respectifs et intervenir dans les limites de ses compétences. Ceci n'empêcherait pas que la coordination du plan d'intervention soit sous la responsabilité d'un intervenant pivot.

### *Partenariat*

*Consolider le partenariat par une stabilité accrue de l'équipe et des structures qui l'entourent.* Bien qu'ils qualifient de conviviales les relations qu'ils ont généralement avec les membres de l'équipe lorsqu'elles ont lieu, plusieurs partenaires entrevoient un partenariat beaucoup plus développé que celui qui existe actuellement, lequel se limite à des références de part et d'autres, des échanges ponctuels de renseignements et quelques rares interventions en collaboration. Le changement continu des structures, des mandats et des personnes formant les équipes ou occupant des postes de direction au CLSC entrave l'établissement de partenariats, selon certains. Une plus grande stabilité apparaît essentielle pour s'ajuster de part et d'autre.

*... s'il y avait une continuité, puis s'il y avait une stabilité dans les équipes. [...] On n'a pas toujours d'écho, à savoir bon, est-ce que les partenaires demeurent les mêmes, dans l'espoir que ces gens-là puissent acquérir de mieux en mieux une compétence, puis répondre à des attentes comme celles qu'on peut avoir. (31, 3).*

*Ce que je trouve difficile aussi, c'est que ça bouge énormément. [...] On était habitué de les voir, puis un moment donné, oups, ça s'est mis à*

*transférer, puis les rôles ont changé. Un travaillait pu là-dedans, l'autre travaillait là, l'autre est revenu. Ça bouge vite, puis on n'est pas au courant de comment ça s'enligne. (43, 4).*

*Préciser les rôles des intervenants conformément à leur discipline respective.*

L'importance de préciser les rôles des membres de l'équipe, point déjà ressorti pour faciliter le travail en interdisciplinarité, revient ici comme condition préalable à l'amélioration des partenariats. Des partenaires disent avoir parfois l'impression que tous les membres de l'équipe font de tout, parfois même sans nécessairement avoir les compétences requises pour accomplir certaines fonctions. Certains rapportent des sentiments de frustration et de menace pour leur propre discipline puisque, selon eux, des professionnels de l'équipe de base ont tendance à empiéter sur leur champ de compétences.

*C'est comme si tout le monde fait de tout! J'ai un petit peu de difficulté avec ça, parce que je me dis, un moment donné, on n'a plus notre spécificité. [...] C'est parce que si elle (l'infirmière) fait plus de social, il y a peut être un poste de social qui devrait être ouvert. Je vais le faire pour dépanner, je suis capable de l'écouter, s'il pleure un peu, je vais l'aider, puis ça va être correct. C'est comme si elle n'a pas besoin d'être formée là-dedans. C'est du social, on peut en faire. Des fois, c'est un peu frustrant! (35, 12).*

Des partenaires déplorent le fait qu'il leur arrive souvent de ne pas savoir à quel type de professionnels ils s'adressent. Le fait qu'il s'agisse d'une infirmière par exemple, d'une travailleuse sociale ou autre, aurait un impact sur le type de collaboration à instaurer. Ainsi, des partenaires insistent sur l'importance d'amener les différents professionnels à définir leurs rôles spécifiques et à s'y en tenir. Les attentes envers eux deviendraient plus réalistes et les échanges plus efficaces, dit-on.

*On se retrouve, travailleuse sociale, infirmière, technicien en travail social, j'en n'ai pas la moindre idée. [...] Je ne suis même pas capable de les différencier. [...] Un moment donné je leur ai dit : Ah! Elle est infirmière elle! Je le savais pas! Je pensais qu'elle était travailleuse sociale! [...] Ça faisait une infirmière mais qui devenait comme TS. Un moment donné, tu te dis, je continue-tu à lui en demander? Tu sais à l'aider à ce qu'elle continue à faire du TS? (43, 4, 7).*

*Rallier les équipes du CLSC en lien avec la santé mentale.* Des partenaires croient que les frontières divisant les équipes de santé mentale du CLSC ont toujours été source de confusion, de débats et d'isolement. Ceux-ci proposent de les abolir et de créer une équipe plus large intégrant les Services psychosociaux adultes, le Service de psychothérapie,

l'équipe Santé mentale, l'équipe SIM, l'équipe de l'AEO, l'équipe 24/7 et les services médicaux. Ceci permettrait de mieux répondre aux besoins de la personne dans sa globalité et faciliterait l'accès aux professionnels indiqués.

*Chacun a son petit territoire, mais on est toujours à se chicaner sur les frontières. Ça appartient à qui, l'autre appartient à l'équipe de ci, appartient à l'équipe de... en tout cas! [...] ... réunir les gens, nommer des gens imputables des résultats... [...] Si les gens sont proches, sont de la même équipe, il y a un passage, une médiation, je ne sais pas trop, des axes de communication qui sont constants. [...] C'est tellement sectorisé, chacun son petit problème, chacun son petit groupe. Et finalement, chaque profession essaie d'influer en fonction de son nombre sur la petite équipe. (47, 9).*

*Le partenariat que je voudrais, premièrement, c'est qu'on soit davantage, quand il y a des réunions au niveau des équipes de base, qu'on soit plus présent. C'est comme si tu as des réunions d'équipe SIM, puis t'as des réunions d'équipe de base. On est toute une équipe en santé mentale. Puis je trouverais ça le fun qu'on puisse partager l'information, la formation, des connaissances. [...] On est nos quatre tout seuls, puis on s'organise, puis eux autres, ils ont leur gang, puis ils s'organisent. (36, 22).*

Décloisonner les programmes à l'intérieur du CLSC. Des partenaires déplorent la difficulté qu'éprouvent les personnes ayant déjà reçu un diagnostic de trouble mental de se procurer des services auprès des autres équipes du CLSC hors du domaine de la santé mentale. Le découloisonnement des programmes apparaît comme un impératif, et ce, plus particulièrement avec les équipes Jeunesse-enfance-famille et Soutien à domicile. Certains défendent la pertinence que les équipes agissent conjointement auprès des personnes présentant des besoins complexes et nombreux liés à un trouble mental s'ajoutant à des problèmes de santé physique. L'évaluation des besoins pourrait être faite en collaboration et un plan d'intervention concerté pourrait être établi au besoin.

*Aussitôt que quelqu'un a fait un épisode psychiatrique, un épisode d'hospitalisation, diagnostic, il a beau avoir après des problèmes de santé physique, oublie ça, il ne rentre pas au SAD. Ils veulent que ce soit l'équipe de base qui donne les services. Tu sais, les autres équipes sont comme assez fermées. (36, 1).*

Des partenaires suggèrent de créer une porte d'entrée unique pour les enfants, les jeunes, les adultes et les personnes âgées. Chaque équipe pourrait ainsi juger de la pertinence d'apporter sa contribution dans le plan d'intervention.

Officialiser le rôle de consultant auprès des membres des autres équipes du CLSC.

Des partenaires suggèrent que les membres de l'équipe intensifient et officialisent leurs rôles de consultants pour les collègues d'autres équipes et qu'ils se rendent davantage disponibles pour cette fonction.

*Comment on intervient, dans quel cadre et tout ça... Pour savoir si, pour moi en tout cas, dans mon travail, je peux avoir un partenariat pour des conseils... [...] ... nous enligner. (34, 18).*

Intensifier et améliorer les collaborations avec les services de deuxième ligne.

Étant donné la dispersion des clientèles sur un vaste territoire, des partenaires rappellent l'importance d'avoir une première ligne forte, ainsi que des mécanismes de liaison efficaces entre celle-ci et la deuxième ligne. Tout d'abord, uniformiser un modèle d'intervention explicite, adopté par l'ensemble des CLSC du territoire, faciliterait certainement l'établissement de collaborations. Ensuite, il aurait lieu d'améliorer les mécanismes de communication et de liaison entre les niveaux de services. Entre autres, des partenaires de la deuxième ligne disent souhaiter être informés des délais d'attente, échanger leurs points de vue avec les membres de l'équipe sur les dispositions prises à l'égard des clients qu'ils réfèrent, sur l'orientation du plan d'intervention et sur l'évolution de l'atteinte des objectifs visés. Être au courant du plan d'intervention permettrait d'y participer, de concentrer les efforts dans le même sens et d'apporter des ajustements de part et d'autre pour optimiser les soins, disent-ils.

*Le plan d'intervention, des objectifs précis, qu'on pourrait participer. Puis qu'on pourrait se communiquer. [...] On n'est pas dans la décision finale de notre référence. On réfère puis après ça, bien, il se passe d'autre chose, puis ils ne nous recommuniquent pas pour voir ce qu'on en pense. Ça pourrait être intéressant qu'il y ait une communication par la suite s'ils changent notre référence. Pour que ce soit en équipe comme on faisait avant en clinique externe de psychiatrie où les décisions se prenaient en équipe. (31, 3, 8).*

Des professionnels de la deuxième ligne expliquent qu'une collaboration accrue avec l'équipe leur permettrait d'identifier les situations dans lesquelles celle-ci obtient du succès, de même que celles qui apparaissent plus difficiles, d'entrevoir les améliorations à apporter ou l'encadrement qui pourrait être offert. Ils apportent comme exemple la formation apparemment déjà donnée sur le traitement des troubles anxieux et des troubles

dépressifs, bien qu'il y aurait lieu de poursuivre cette formation et de la compléter par de la supervision.

*Je serais incapable de savoir actuellement le ratio des bons coups versus des mauvais coups. C'est-à-dire des patients où l'intervention est bien constructive et porte fruits et se fait de façon adéquate versus ceux pour qui je suis insatisfait. C'est-à-dire que je les vois ceux pour qui je suis insatisfait. [...] Dans le fond, le bon travail qui se fait, peut-être qu'on n'en a pas du tout l'idée. [...] Mais ça ne veut pas dire... [...] ... qu'il ne se fait rien de bon. [...] ... faire un retour, puis de se dire bien pourquoi sur une cohorte de trente, j'en ai par exemple quinze que j'ai l'impression que je ne suis pas capable de finir en dedans de douze rencontres. Ça peut permettre éventuellement de cibler des zones de difficulté et cibler des zones de force qu'a une équipe ou que certains membres de l'équipe ont. [...] Ce qui peut peut-être être difficile, c'est ce que les gens, quand on pense à mettre un cadre comme celui-là, ils peuvent vivre ça comme de l'ingérence professionnelle ou du corporatisme médical. (31, 6, 10).*

*Il y a un peu de formation qui a été donnée, mais il faut que ça se continue, puis qu'il y ait de la supervision de faite, puis que les équipes soient un petit peu plus supportées et encadrées probablement pour qu'ils se sentent en confiance pour faire ces traitements-là. (31, 6, 12).*

Des partenaires de la deuxième ligne rapportent qu'ils ont parfois l'impression que les membres de l'équipe sous-estiment la qualité de leurs évaluations ou de leurs interventions, puisque de nouveaux renseignements sont souvent demandés ou bien la justesse des interventions tentées est remise en question lorsqu'ils les réfèrent au CLSC. Recommencer l'évaluation et les délais que cela entraîne sont vécus comme des irritants. Certains reprochent à l'équipe de réorienter la personne vers un autre type de professionnel que celui demandé, ce qui conduit à un échec dans bien des cas.

*Il manque de certains intervenants, des psychologues principalement. Ils se retrouvent donc soit avec une infirmière ou un travailleur social qui essaie tant bien que mal de faire une forme de thérapie avec ce qu'ils ont appris. [...] Le fait que nous on réfère en psychologie, c'est qu'on a déjà fait l'évaluation. On a pris une heure pour évaluer le patient. Puis on juge que ce n'est pas un intervenant social que ça lui prend. C'est un psychologue. Quand il est dirigé vers un intervenant social, ce qu'on voit, c'est que le patient fait trois ou quatre rencontres, qui nous dit que l'intervenant lui a dit, bien, je ne suis pas capable d'en faire plus, que ce n'est pas sa compétence. (31, 2, 5).*

*Plutôt que de prendre ce qui s'est amené là, ils (les membres du Comité d'accès) vont plutôt faire des discussions. [...] Qu'est-ce qui aurait pu être fait? Plutôt que de prendre ce qui est là. [...] Avez-vous essayé telle chose? [...] C'est pas une discussion de cas que j'ai demandée. Ce n'est pas pour*

*qu'on me fournisse des pistes pour bien faire mon travail. Je pense être capable de bien faire mon travail. (32, 14).*

Ces propos soulèvent des discussions lorsque nous les présentons aux membres de l'équipe. Certains rapportent que des mesures ont déjà été prises pour répondre aux attentes des partenaires de la deuxième ligne, plus précisément être informés sur les décisions prises concernant le suivi des personnes qu'ils réfèrent. Ils connaissent maintenant la ressource vers laquelle le client est orienté ou s'il est placé sur la liste d'attente le cas échéant. Par contre, il peut arriver que la décision prise par le Comité d'accès diffère de la demande du référent, ce qui risque de susciter de l'insatisfaction. L'amélioration du partenariat requiert une base égalitaire laissant une marge de manœuvre aux intervenants du CLSC, précisent des membres.

*Puis ils vont définir le partenariat? Ça ne peut pas être du partenariat lorsque c'est de la prescription. (50).*

Quelques doutes sont soulevés par rapport au point de vue voulant que des professionnels de la deuxième ligne puissent offrir de la formation et de la supervision aux membres de l'équipe. Une préoccupation concerne les écarts entre la philosophie de l'intervention en centre hospitalier et la perspective de l'intervention psychosociale.

*La majorité des psychiatres, je veux dire, leur mode de traitement, c'est les médicaments. Les psychiatres qui font de la psychothérapie, c'est loin d'être la majorité de un. Puis de deux, c'est pas nécessairement leur spécialité non plus. (23).*

Développer le partenariat avec les médecins en pratique privée. Des médecins en pratique privée avouent n'avoir qu'une très vague idée de l'équipe. Pour l'instant, le partenariat est décrit comme étant très limité. Leurs propos indiquent par contre un intérêt à développer des collaborations.

*Moi, comme médecin, je suis un petit peu surpris qu'on se rencontre par rapport à ce dossier-là, premièrement, parce que je n'ai pas énormément de contacts avec eux. Dans le sens que j'utilise quand même beaucoup le réseau aussi, mais c'est plus, par exemple, au niveau de la Clinique externe psychiatrique. (48, 1).*

*Je trouve qu'il n'y a pas tellement d'articulation actuellement. Je ne trouve pas que c'est un canal qui fonctionne beaucoup. En tout cas de mon point de vue d'omnipraticien. Avec les équipes de base en santé mentale, le lien est très large. Je n'ai pas souvent d'appels ou très rarement des appels. C'est surprenant. Moi je serais bien ouvert! [...] Ils ne sont pas connus tant que ça*

*comme équipe ou identifiés comme ressource pour nos patients. Moi, je ne le sens pas en tout cas. (46, 2, 5).*

Lors de l'entrevue de groupe, des membres de l'équipe confirment que les médecins ont l'habitude de référer leurs clients à la Clinique externe de psychiatrie et non au CLSC. De plus, il leur apparaît que l'intérêt porté par ceux-ci pour la clientèle en santé mentale est souvent faible. Enfin, plusieurs clients préfèrent ne pas révéler à leur médecin de famille qu'ils ont un problème en lien avec la santé mentale.

*Les ressources communautaires et le réseau de la santé, des philosophies difficiles à concilier.* Des partenaires font état d'une incompatibilité entre la philosophie partagée par les intervenants des ressources communautaires et celle des professionnels du CLSC. Les premiers disent viser en premier lieu la réappropriation par la personne de son pouvoir d'agir et du contrôle sur sa vie. À l'inverse, la philosophie du CLSC est perçue comme étant *contrôlante*. Pour éviter qu'une telle incohérence nuise à la personne, ils disent devoir mettre fin au partenariat dans bien des cas.

*On est un organisme... [...] ... qui vise vraiment à ce que la personne puisse se mobiliser, prendre son pouvoir, se réapproprier sa vie... [...] ... puis que de l'autre côté, on a des gens qui vont quasiment lui porter sa pilule pour qu'il la prenne à tous les matins. [...] Il faut que la personne, soit qu'elle aille d'un bord ou soit de l'autre. (43, 7).*

*Éviter la duplication en faisant davantage appel aux organismes communautaires en tant que partenaire égal.* Des partenaires des ressources communautaires considèrent que les relations entretenues avec les équipes du CLSC sont conviviales, sans cependant pouvoir parler de véritable partenariat. Plusieurs déplorent la tendance à travailler isolément, sans entente explicite sur les objectifs visés et les moyens à privilégier.

*C'est un embryon. [...] Il pourrait y avoir quelque chose de plus organisé peut-être. (41, 15).*

On s'attend à ce que les intervenants des CLSC discutent et s'entendent avec les organismes communautaires afin d'éviter les duplications. L'organisation de ce qui semble être des activités sociales au CLSC ou, depuis peu, les groupes psychoéducatifs, sont perçus comme un empiètement sur le mandat des organismes communautaires et une duplication des services. Des partenaires disent avoir l'impression que des professionnels du CLSC



investissent une somme considérable de temps et d'énergie dans des activités pour lesquelles leur organisme a pourtant développé un créneau.

*Le CLSC commence à faire du groupe aussi. [...] ... ils sont en train de faire un peu ce qu'on fait déjà depuis plusieurs années. [...] Si c'est un groupe d'entraide par eux autres, pour eux autres... il y a des organismes qui font ça! (43, 15, 18).*

*Puis le complément qu'on demande, c'est : faites-nous connaître quand vous rencontrez des familles. [...] On en offre nous autres aussi des groupes. La faites-vous la référence ou vous gardez chez vous? (41, 8, 9).*

*On touche à tous les domaines sociaux. On est autant à la cour de justice qu'on peut être à l'hôpital, à l'aile psychiatrique, qu'on peut être à la DPJ. [...] Régie du logement, un propriétaire qui se plaint. [...] Un divorce, rencontrer un avocat... [...] ... remplir des formulaires de demande de rentes. Ils sont perdus, ils ne savent pas trop... La sécurité du revenu. [...] Donc, l'équipe pourrait à quelque part, en sachant que nous autres c'est notre domaine, nous les référer. (44, 4).*

Certains profitent de l'occasion fournie par l'étude pour exprimer leur insatisfaction face à leurs conditions de travail désavantageuses comparativement à celles dont bénéficient les intervenants du CLSC (salaires, avantages sociaux, horaires, *case load* limités, influence plus importante sur les décideurs pour le financement des programmes, etc.).

*Quand mon intervenant est payé à 12 \$ de l'heure ici, puis l'autre là-bas est à 18 \$ [...] juste quelques cas à s'occuper, des petits dossiers, puis à quatre heures et demie, c'est fini. [...] Quand on voit que le CLSC vient gruger des budgets qu'on pourrait avoir, en groupes, parce que c'est notre mission le groupe, on fait comme wo. [...] Tu viens de cloner l'autre quelque chose. On a toujours ce danger-là qu'on voit de se faire tasser, puis qu'à long terme c'est eux qui ont le financement. (43, 18).*

Des intervenants provenant d'organismes communautaires demandent à être respectés en tant que partenaires égaux ou par rapport à la mission de leur association. Ceci ne signifie pas pour eux d'être complémentaires, mais bien que les professionnels des CLSC reconnaissent l'expertise développée dans la communauté, qu'ils tiennent compte de leurs observations et de leurs suggestions sans imposer leurs façons de faire.

*On veut être égal, partenaire avec ce réseau de la santé-là, en gardant notre autonomie, en gardant ce qu'on est comme philosophie, à notre mission. On veut être partenaire, pas complémentaire, puis pas les ti-culs au service de! (43, 9).*

Des partenaires font aussi état d'une ambiance de compétition ou de guerre de pouvoir entre des intervenants des ressources communautaires et des travailleurs sociaux du CLSC. Ces tensions s'estompent avec des infirmières ou des éducateurs spécialisés qui, selon eux, s'occupent respectivement du côté médical et des AVQ et font moins de relation d'aide ou d'écoute. Ceci leur apparaît complémentaire. Certains disent qu'ils ne communiquent directement qu'avec quelques professionnels de l'équipe de Santé mentale avec qui ils ont développé une alliance.

*Il y en a certains... [...] ... où on n'a pas de misère parce qu'ils comprennent la philosophie communautaire. Ils savent ce qu'on fait dans le quotidien. Mais il y en a d'autres qui arrivent du réseau, de l'institution, de l'hôpital, avec le prestige... [...] ... le savoir infus. [...] Eux, ils savent, nous on ne sait pas. [...] Ils perdent notre collaboration. (43, 9).*

*C'est comme si nos intervenants sociaux ici rentraient en compétition. C'est qui va savoir le plus? [...] Tandis que l'infirmier il dit regarde, moi mon domaine, c'est ça, c'est le côté médical, c'est le côté qui décompense. [...] C'est comme si l'entente est plus facile. L'éducateur dit, moi, c'est de voir au fonctionnement qu'il fasse ses affaires, qu'il prenne sa douche... (43, 10).*

À l'inverse, d'autres partenaires déplorent la tendance de quelques intervenants de certaines ressources communautaires à outrepasser leur rôle pour s'enquérir de celui des cliniciens du réseau de la santé. Bien qu'il soit difficile d'établir des frontières précises entre les différents niveaux de relation d'aide et une thérapie proprement dite, les partenaires des ressources communautaires doivent, par prudence, éviter de dépasser les limites inhérentes à leurs rôles et à la formation de leurs intervenants.

*J'ai eu à intervenir auprès d'organismes communautaires qui faisaient beaucoup d'individuel. Et j'étais très consciente que c'était proche de la thérapie. Et je leur disais, vous vous en allez dans une zone qui est dangereuse. Parce que de un, ce n'est pas tous les intervenants qui avaient la formation professionnelle pour intervenir à ce niveau-là. [...] Soit qu'il y a des problèmes légaux dans l'exercice qu'ils font des rôles, soit qu'on s'aperçoit qu'ils sont dans des zones qui sont bien trop exigeantes... [...] ... puis on ne pourra jamais leur donner les budgets pour faire ce qu'ils veulent faire. [...] On ne laisserait pas les organismes communautaires s'en aller à avoir des psychologues dans leur équipe, puis avoir de l'intervention qui devrait se faire par le réseau! (45, 9, 11).*

Des partenaires anticipent les projets de fusion et d'intégration des services dans un réseau qui font actuellement l'objet de discussions dans la région.

*Il y a quelque chose de nouveau qui s'en vient, c'est les réseaux de services intégrés. [...] On ne sait comme pas trop ce qui se passe... [...] Parce que nous, on veut garder notre rôle. [...] On trouve ça un petit peu inquiétant (rires). (42, 9).*

Certains rappellent que la recherche de la meilleure réponse possible aux besoins de la population doit primer sur les intérêts personnels, les compétitions et les guerres de budgets. L'établissement de mécanismes de liaisons solides et efficaces dans le réseau, des protocoles d'entente, de canaux de communication plus efficaces, font partie des moyens suggérés. De même, puisque mieux se connaître contribuerait à développer le partenariat, on propose d'augmenter les occasions d'échanger. Il pourrait s'agir de sessions de formation communes, de rencontres annuelles, de visites d'organismes, de discussions de cas cliniques ou encore de participation aux rencontres de l'équipe.

*Je dirais juste, par rapport au partenariat idéal, ouverture, égalité, fraternité en camaraderie, ce qui veut dire reconnaissance. [...] Ça veut pas mal tout dire. (43, 23).*

#### *Réflexions de la chercheuse durant cette deuxième étape*

Des points de vue riches et diversifiés. La plupart des nombreux partenaires interviewés profitent de l'occasion pour exprimer en toute confiance leurs attentes et leurs préoccupations. L'assurance du respect de l'anonymat et la possibilité de revoir, d'ajouter ou de retrancher des propos lors de la validation d'une synthèse permet de dissiper la méfiance manifestée par quelques-uns au départ. La chercheuse a l'impression que les partenaires ont beaucoup à dire. Elle se réjouit de la diversité et de l'abondance des points de vue livrés. Quelques répondants lui confient qu'ils ont apprécié participer à cette entrevue, celle-ci leur ayant permis d'étoffer leurs propres opinions, de les dire, de découvrir parfois celles de leurs collègues très proches ou d'apprendre de ceux plus expérimentés. À certains moments, la chercheuse accentue ses efforts pour demeurer neutre lorsqu'elle entend des propos qui, selon elle, réduisent le rôle de l'infirmière. Il s'agit d'une corde qui lui est particulièrement sensible. Tout compte fait, elle considère que les données récoltées auprès des partenaires constituent une source de renseignements précieux qui, présentés dans une synthèse claire, devraient amener les membres de l'équipe à réviser certains de leurs points de vue et susciter un désir de changement.

Refus de participer à l'étude, une donnée en soi. Deux partenaires, considérés comme importants par les membres de l'équipe, ont refusé de participer à l'étude. Il s'agit du Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise et de l'Unité de médecine familiale (UMF). En fait, l'équipe de l'UMF décline l'invitation faute de se reconnaître comme un partenaire significatif de l'équipe de Santé mentale, puisque les liens avec celle-ci se limitent à un suivi conjoint d'environ trois ou quatre clients. De plus, l'équipe compte sur un agent de relations humaines disponible une journée par semaine comme personne ressource en matière de santé mentale. Une autre raison évoquée a trait au nombre important de sollicitations pour participer à différentes recherches, dont l'une récente concernait justement les services de santé mentale. La chercheuse comprend ce refus comme une donnée en soi. L'idée de travailler en partenariat ou de soins partagés pour la clientèle en santé mentale lui semble peu développée. Quant au Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise, on préfère s'abstenir considérant cette participation superflue étant donné la communication satisfaisante existant déjà avec des membres de l'équipe de Santé mentale du CLSC.

Attitude défensive possible chez les membres de l'équipe. Tout d'abord, le médecin assigné à l'équipe participe à la rencontre, ce qui apparaît très positif. La chercheuse s'attendait à ce que les membres de l'équipe découvrent avec intérêt les points de vue exprimés par leurs partenaires et qu'ils s'en inspirent de façon constructive, en vue de consolider leur modèle d'intervention. Cependant, lors de la présentation de ces données, les critiques font parfois l'objet d'humour. Plutôt que de s'en tenir à considérer l'opinion exprimée, il arrive que la représentativité des répondants soit mise en doute. La chercheuse craint que les suggestions et les critiques soient prématurément écartées par les membres de l'équipe en étant relégués à une simple méconnaissance des services offerts. De surcroît, il est rapporté au cours de la rencontre que les nouvelles orientations et les correctifs issus des travaux des différents comités d'experts ont déjà permis de résoudre plusieurs problèmes soulevés par les partenaires. La chercheuse se demande si les membres ne seraient pas portés à conclure, sans évidence réelle, que la majorité des problèmes sont résolus ou sur le point de l'être. Étant en accord avec certaines critiques énoncées par des partenaires, la chercheuse s'efforce de rapporter objectivement les points de vue qu'elle a entendus sans chercher à les défendre. Elle rappelle aux membres le but de cette étape qui est de

considérer les points de vue d'informateurs clés en vue d'enrichir la construction de leur modèle d'intervention.

La chercheure reconnaît que la période de temps écoulée entre la présentation des données à l'équipe à la suite de la première étape et cette entrevue clôturant la deuxième étape est excessive. Au total, la période de suspension de l'étude (aucune entrevue durant 12 mois), la période durant laquelle les partenaires ont été interviewés (trois mois) et le temps d'analyser les données (six mois), équivalent malheureusement à une longue période de 21 mois durant lesquels les membres de l'équipe ont peu entendu parler de l'étude. Il est bien possible que plusieurs changements ou améliorations aient été apportés durant cette période. Cependant, la chercheure doute que la majorité des problèmes ou enjeux soulevés par les divers partenaires aient été réglés autant que le laissent présager les propos émis lors de la rencontre de l'équipe.

#### *Résumé des données récoltées à la deuxième étape*

Les points de vue émis par les partenaires en vue d'aider les membres de l'équipe à consolider leur modèle d'intervention ont fait l'objet de cette section. Il ressort que plusieurs partenaires n'ont qu'une connaissance mitigée des services de santé mentale offerts au CLSC. Selon plusieurs d'entre eux, l'uniformisation des modèles des différents CLSC améliorerait les services offerts et les collaborations entre les ressources.

Des attentes sont élevées en regard des besoins à satisfaire, qu'il s'agisse de prévention, de traitement ou de réadaptation, et ce, pour les clientèles de tous âges, souffrant de troubles de l'adaptation, de troubles transitoires ou de troubles mentaux graves. Des critiques concernent ce qui est considéré comme un accès exagérément restrictif.

Certains partenaires ont l'impression que les membres de l'équipe utilisent davantage leur intuition que le corps de connaissances spécifiques à leur discipline. Plusieurs soutiennent que les modalités d'interventions dont la valeur thérapeutique est reconnue devraient être disponibles au CLSC, tout en associant les CLSC à un service de première ligne dont l'approche doit demeurer globale plutôt que spécialisée. Une mise en garde est exprimée par rapport à l'utilisation de stratégies d'intervention rapides,

d'apparence simple et efficiente mais, somme toute, de valeur limitée. Il est rappelé que chaque CLSC est libre du choix des services qu'il offre. Certains prônent l'intensification des interventions liées au traitement de la maladie et au suivi sur le plan de la santé physique. D'autres déplorent la tendance qu'ils croient percevoir comme étant de la surprotection des clients ou, à l'inverse, une surestimation de leur capacité d'être autonome. Des attentes concernent les interventions auprès des familles et des groupes. Des points de vue sont exprimés à l'effet que la consolidation de l'interdisciplinarité et du partenariat passe par la précision des rôles spécifiques des différents professionnels et services, une connaissance accrue des uns et des autres, une meilleure communication et un climat de respect de l'autonomie de chacun.

### **Troisième étape : perspectives susceptibles d'enrichir les réflexions**

Les points de vue émis par des membres de l'équipe de base Santé mentale ou leurs partenaires lors des étapes précédentes de l'étude ont permis de ressortir nombre d'interrogations, de préoccupations, de revendications et de divergences d'opinions. Conformément à l'approche constructiviste dont s'inspire cette étude, nous avons sélectionné plusieurs notions théoriques, des résultats de recherche et des précisions fournies par divers documents ministériels ou plans d'actions régionaux susceptibles, de notre point de vue, d'aider les membres de l'équipe à éclaircir ou à reconsidérer certaines de leurs positions. Nous avons colligé cette information dans un document que nous avons intitulé *Perspectives*. Ce document de 58 pages a été rédigé à partir d'une cinquantaine de références. Il couvre les thèmes suivants :

- l'ampleur du défi;
- critères généralement associés aux services de base et aux services spécialisés;
- modèles de suivis dans la communauté;
- besoins et clientèles ciblés;
- traitements et approches thérapeutiques;
- interdisciplinarité et partenariat.

Chacun de ces thèmes (à l'exception du premier) était suivi de grandes questions portées à l'attention des membres de l'équipe. Ces questions visaient à alimenter leur

réflexion personnelle avant de participer à une deuxième entrevue individuelle (étape 4) où ils allaient avoir l'occasion d'exprimer leur point de vue sur la façon dont le modèle d'intervention de leur équipe pourrait être consolidé ou bonifié à la lumière de l'information contenue dans le document et aussi provenant des points de vue des partenaires relevés à l'étape précédente. Nous avons remis à chaque membre de l'équipe une copie du document *Perspectives* et leur avons demandé d'en prendre connaissance autant que possible avant la rencontre de groupe (prévue une semaine plus tard), durant laquelle les principales idées allaient être présentées par la chercheure. Ceci correspond à la troisième étape de l'étude (voir figure 4). Dans cette partie, nous présentons brièvement les principaux points abordés dans le document *Perspectives* et, s'il y a lieu, les réactions des membres de l'équipe lorsque ce contenu leur a été présenté. Les réflexions de la chercheure terminent cette partie.

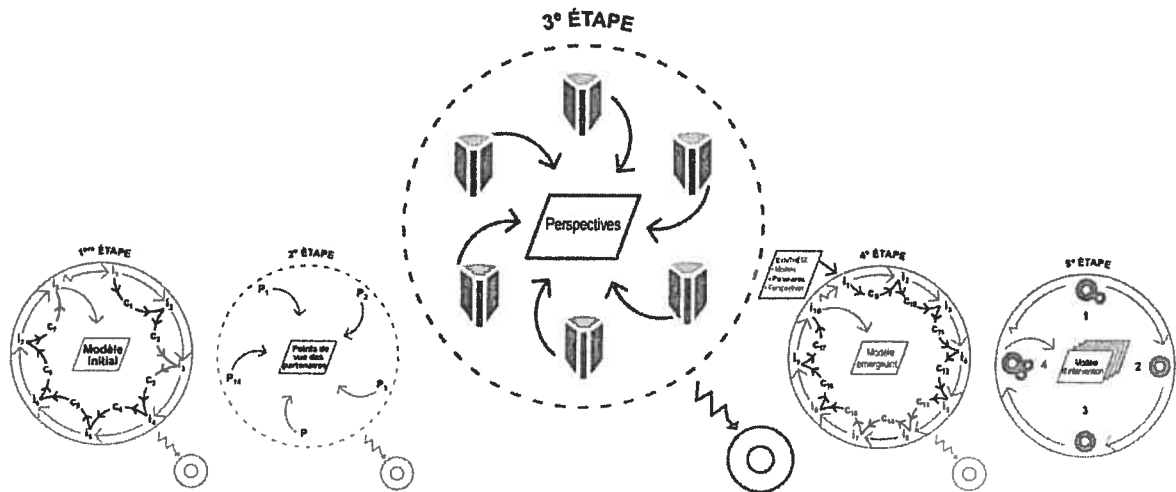


Figure 4. Troisième étape

### Ampleur du défi

Pour commencer, nous avons attiré l'attention des membres de l'équipe sur l'ampleur du défi qu'ils ont à relever, puisque les écrits rapportent un grand nombre de difficultés rencontrées par la plupart des équipes de santé mentale dans la communauté autant au Québec que dans d'autres pays. Il s'agit, par exemple :

- d'attentes élevées entretenues à l'endroit des équipes de santé mentale;

- de l'absence de modèles d'intervention de première ligne en santé mentale clairement énoncés;
- de l'absence d'indications précises sur le fonctionnement de ces équipes et sur les effets de leurs interventions;
- d'attentes et de points de vue parfois très différents chez les membres des équipes de santé mentale, tant sur le rôle de l'équipe que sur leur propre rôle à l'intérieur de l'équipe;
- de la confusion qui entoure le concept d'équipe de base en santé mentale et de l'ambiguïté de son articulation dans la réalité;
- de la complexité et de la multiplicité des besoins à satisfaire chez différentes clientèles.

#### *Critères généralement associés aux services de base et aux services spécialisés*

Inspirée de documents ministériels, cette partie du document *Perspectives* présente les caractéristiques associées respectivement aux services de base et aux services spécialisés, dans le but d'aider les membres de l'équipe à préciser, de façon plus soutenue, le niveau de services qu'ils offrent. Les services de base, aussi désignés par le concept de première ligne, se distinguent par l'accessibilité (porte d'entrée, proximité du milieu de vie, base territoriale locale, mécanismes simples d'accès) et la globalité (large éventail d'interventions, vaste clientèle). Les services spécialisés (deuxième ou troisième ligne) sont caractérisés par leur accessibilité plus restreinte (accès par référence, territoire régional) et leur niveau de complexité (problèmes moins fréquents, persistants ou graves). L'importance de l'interface entre les différents niveaux de services a été rappelée. Ce thème débouchait sur des questions ayant trait à la pertinence de mieux situer l'équipe par rapport à la notion de services de base ou de services spécialisés.

#### *Modèles de suivis dans la communauté*

Nous avons présenté aux membres de l'équipe une synthèse portant sur les différents modèles de suivis dans la communauté dans le but, possiblement, de les aider à



mieux situer leur propre modèle par rapport à ce qui est reconnu dans les écrits. Nous les avons invités à considérer cette définition générale d'un suivi communautaire :

... la pratique d'interventions qui consistent à accompagner la personne dans son milieu de vie, à lui proposer une relation d'aide pour surmonter les difficultés qui surgissent dans son quotidien et à restreindre les barrières internes et externes qui l'empêchent d'utiliser les multiples ressources sociales nécessaires à son intégration sociale (Gélinas, 1998b, p. 57).

Les deux principales approches de suivis dans la communauté ont été abordées, soit la gestion de cas et le suivi intensif dans le milieu. La notion de suivi non intensif a été discutée (*gestion de cas de courtage, modèle de courtage élargi, modèles de gestion de cas cliniques* comme le *modèle de réadaptation* ou celui des *forces personnelles*). D'autres programmes de soutien semi-intensif ou d'intensité variable visant les clientèles moins gravement atteintes ont été mentionnés (*modèle de case management de Boston* et *l'approche intégrée de réinsertion sociale*). Les membres de l'équipe ont pu constater que leur propre modèle se rapprochait peut-être plus d'un modèle de gestion de cas cliniques (établissement d'une relation de confiance, soutien continu qui requiert des services de différents prestataires, ratio variant entre 1/25 et 1/45). Ils ont été confrontés au fait que, selon les quelques études réalisées à ce jour, le succès de ces programmes apparaît mitigé et qu'il reste encore beaucoup à apprendre sur cette modalité.

Les membres de l'équipe ont été informés de la définition du soutien non intensif tirée du *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale* (1998) :

... une famille d'activités d'intensité variable qui visent le mieux-être et l'intégration sociale des personnes aux prises avec les conséquences de troubles mentaux. Le suivi dans la communauté prend différentes formes selon les besoins de la personne; le plus souvent, ces services sont offerts dans le milieu de vie et l'intervenante ou l'intervenant se déplace pour rejoindre les gens. Ce type de suivi peut favoriser davantage l'intégration à l'emploi, l'autonomie dans la vie quotidienne, la gestion du budget, etc. (p. 19).

Le soutien non intensif proposé dans le *Cadre de référence régional* (document de travail tirant à sa fin en 2002) s'adresse aux personnes qui répondent aux caractéristiques suivantes :

- présence de troubles mentaux graves;
- niveau de difficulté en général plus stable que pour le soutien intensif ou semi-intensif;
- mode de vie caractérisé par une incapacité de fonctionnement sévère et persistante, nécessitant un suivi de moins de 10 heures par mois, à l'exception d'un besoin de suivi plus ponctuel comme lors d'une désorganisation ou à la suite d'une hospitalisation;
- utilisation des services sur une base volontaire;
- participation et intérêt à l'endroit de leur plan d'intervention.

Ce type de suivi relève des équipes de santé mentale adultes. Un intervenant en assure la coordination et fournit quelques activités de soutien. Il devient un point fixe de responsabilité ou de référence pour la personne et son entourage.

Lors de l'entrevue de groupe durant laquelle le document *Perspectives* est présenté aux membres, une longue discussion a lieu à propos du niveau d'intensité comme caractéristique du suivi. La confusion prévaut et trouve son dénouement lorsque l'un des membres précise que la nouvelle version du *Cadre de référence régional* reconnaît trois types de suivis : le *suivi intensif*, le *suivi intensif d'intensité variable* et le *suivi non intensif*. Le suivi non intensif est assuré par l'équipe des Services psychosociaux adultes et par l'équipe de base Santé mentale. Le suivi intensif d'intensité variable est partagé entre ces deux équipes, et assuré aussi par l'équipe SIM. Le suivi intensif est réservé à l'équipe SIM. Les équipes, qu'il faut voir sur un continuum, se partagent dans une certaine mesure des clientèles communes.

*...la base, on parlait de suivi non intensif et de suivi intensif dans le milieu. [...] Alors, c'était comme l'équipe de base fait le suivi non intensif, puis le suivi intensif dans le milieu est fait par l'équipe de suivi intensif dans le milieu. [...] Puis, le suivi intensif d'intensité variable est comme arrivé par la suite. [...] Quand on a regardé qui faisait le suivi d'intensité variable, on s'est dit, bien il y a une zone qui appartient aux deux équipes par rapport à ça. Où ils ont une clientèle commune, autant au niveau du suivi intensif dans le milieu que de l'équipe de base, ceux qui sont les cas les plus sévères dans l'équipe de base correspondent aux cas les moins sévères dans l'équipe de*

*suivi intensif, mais chacun a une autre balise. Pour l'équipe de base, ce qui est l'autre balise, c'est le suivi non intensif. (10).*

Pour certains membres, les notions telles que le suivi non intensif pour des personnes souffrant de troubles mentaux graves dont le fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne est altéré, le mi-chemin entre intensif et non intensif, soit le suivi intensif d'intensité variable, apparaissent toujours confondantes. D'autres attribuent cette confusion aux divisions entre les équipes. Ils rapportent qu'en général, dans les autres CLSC, l'AEO, les services psychosociaux adultes, l'équipe 24/7 et l'équipe de base en santé mentale sont regroupés dans une même équipe. D'autres estiment que ces distinctions entre les types de suivis et les équipes auxquelles ils sont reliés ne posent plus de problèmes et que cet aspect est maintenant satisfaisant.

*Parce que justement, on n'arrivait pas à avoir des définitions communes. Ça fait qu'on s'est dit, on va en faire un, un cadre de référence. Ça va être nos définitions communes. Ça va être ça! (12),*

*Dans le quotidien, pour nous, j'ai l'impression que c'est beaucoup plus clair. Parce qu'il me semble qu'on sait très bien qui fait quoi. (12).*

#### *Besoins et clientèles ciblés*

Dans cette partie, nous avons présenté des données qui pourraient amener les membres de l'équipe à apprécier leur contribution par rapport à la satisfaction des besoins de la population en matière de santé mentale, en tenant compte de l'ampleur des besoins existants. Nous avons rappelé l'incontournable logique d'efficience, c'est-à-dire la réponse aux besoins du plus grand nombre de personnes possible avec les ressources disponibles. Nous avons présenté quelques indications théoriques sur la notion de besoin de service. En fait, une indication valable d'un besoin de service serait la présence de deux axes parmi les trois suivants : un diagnostic de trouble mental, une détresse psychologique et des difficultés sur le plan du fonctionnement social (Ciarlo, Shern, Tweed, Kirkpatrick et Sachs-Ericsson, 1992). La définition suivante d'un besoin a été soumise aux membres de l'équipe : « un besoin existe : 1) si une personne souffrant de maladie mentale présente un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales; et 2) si une intervention thérapeutique ou sociale peut réduire ou contenir le problème » (Kovess, Lesage, Boisguerin, Fournier, Lopez et Ouellet, 2001, p. 22). En fait, il importe que les personnes

susceptibles de bénéficier d'une intervention pour satisfaire leurs besoins puissent se prévaloir de cette intervention. Aussi, il faut éviter de fournir des interventions inefficaces pour l'état de la personne, ou non efficientes (intensité de l'intervention ou spécialisation des ressources plus importantes que nécessaire), ou encore non adéquates (existence d'une intervention plus appropriée).

Les points de vue suivants, tirés de différents écrits, ont été portés à l'attention des membres de l'équipe :

- la fréquence élevée des troubles transitoires et la plus grande disponibilité de traitements efficaces comme facteurs qui contribuent à augmenter la demande à l'endroit des services de base;
- les suivis ou les traitements de troubles mentaux généralement associés à des services de première ligne : les troubles mentaux transitoires pour lesquels des traitements pharmacologiques et psychologiques efficaces existent (dépression et troubles anxieux), d'autres troubles pour lesquels la pharmacothérapie a des effets limités, mais pour lesquels il existe des psychothérapies efficaces (troubles de l'alimentation, présentation somatique de la détresse, etc.), et le suivi des personnes atteintes de troubles mentaux graves lorsque leur état est stabilisé et ne nécessite pas un suivi intensif dans la communauté (Goldberg et Gournay, 1998);
- la reconnaissance du champ du *soin* et de celui de la *réadaptation psychosociale* comme étant deux niveaux complémentaires qui se recoupent constamment et deviennent prioritaires selon les différents moments (Kovess *et al.*, 2001);
- l'état de santé physique pauvre chez de nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux graves en raison des effets de la pathologie et des traitements, d'un style de vie défavorable (consommation excessive d'alcool ou de drogues, tabagisme, sédentarité, etc.), d'une difficulté fréquente à rapporter des symptômes, à solliciter des soins et à s'astreindre efficacement à un traitement (Chafetz et Ricard, 1999; Phelan, Stradins et Morrison, 2001);
- des données épidémiologiques sur les troubles mentaux, extrapolées à la population du territoire couvert (53 096 personnes) :
  - troubles anxieux : environ 1 543 personnes;
  - troubles affectifs : environ 2 929 personnes;
  - troubles graves : environ 1 062 personnes;

- présence de deux critères (diagnostic, détresse psychologique ou altération du fonctionnement) : environ 5 150 personnes;
- besoin d'un soutien intensif : environ 53 personnes;
- besoin d'un soutien d'intensité variable : environ 133 à 159 personnes;
- besoin d'un soutien non intensif : environ 265 à 319 personnes;
- nombre approximatif de personnes qui ont obtenu au CLSC au moins une intervention en santé mentale durant une période de trois mois (décembre 2000, janvier et février 2001) (donnée provenant du *Cadre de référence régional en voie d'élaboration*, p. 25) : environ 325 personnes.

Cette section se terminait en soulevant la question à savoir si, compte tenu de l'ampleur des besoins en santé mentale et des ressources disponibles, il apparaissait indiqué aux membres de l'équipe de revoir les orientations choisies en regard des besoins ciblés.

Lors de la rencontre de groupe, les membres contestent vivement la donnée à l'effet que 325 personnes auraient été vues au CLSC durant la période fixée. Cette donnée leur apparaît peu fiable, puisqu'elle ne tiendrait pas compte de toutes les équipes de santé mentale. Peut-être qu'en fait, la confusion provient de la période considérée qui était de trois mois et non d'un an.

*Dans l'équipe de santé mentale, l'année passée, il y a eu autour de 400 quelque usagers qui ont été vus. Puis ça inclut psycho. Alors, il y a eu 135 personnes, je pense, qui ont été vues en psycho. Ça inclut la Clinique sans murs. Ça commence à faire du monde ça. Mais ça, ça ne comprend pas l'équipe Adulte. Ça ne comprend pas le suivi intensif. Ça ne comprend pas l'AEO. (15).*

Des membres de l'équipe réaffirment que les clientèles ciblées sont maintenant définies de façon satisfaisante et définitive, ce qui a vite fait de clore la question.

*Je pense pas qu'on va avoir envie de revoir nos positions (rires, plusieurs parlent en même temps). [...] On vient de les revoir! Ça va être non. (16).*

### *Traitements et approches thérapeutiques*

Nous avons cherché à présenter dans cette partie de l'information dont pourraient éventuellement s'inspirer les membres de l'équipe dans leur réflexion sur leurs modes d'intervention. Tout d'abord, nous leur avons soumis les conclusions parues dans le *Cadre*

*de référence régional* (document de travail en voie d'être achevée, 2002) à propos des interventions à privilégier dans le traitement des troubles mentaux. En fait, à la suite d'un bilan des écrits, les auteurs du *Cadre de référence régional* ont relevé l'efficacité relative de chacune des différentes approches thérapeutiques et l'absence de la supériorité de l'une par rapport à l'autre. Ainsi, ils recommandent :

- des interventions découlant de la science-action (processus d'apprentissage dans l'action), dans lesquelles chaque clinicien devient un chercheur rigoureux, préoccupé de l'efficacité de ses propres pratiques;
- une perspective éclectique, basée sur la reconnaissance de la valeur de toutes les approches, des pratiques découlant d'une approche intégrative conciliant à la fois l'efficacité, les besoins du client et le bien-être du praticien;
- une approche systémique, pour sa cohérence avec la mission des CLSC (thérapies familiales, thérapie brève, pratiques en équipe multidisciplinaire, intervention dans le milieu, partenariat avec les différents acteurs, etc.).

Nous avons ensuite porté à l'attention des membres de l'équipe un tout autre courant, celui des pratiques fondées sur les résultats, tout en reconnaissant que celles-ci ne pourront jamais remplacer l'expertise clinique dans les situations réelles. Le risque à l'effet qu'en l'absence de standards, ce qui est le moins cher devienne le mieux (Sanderson, 2002) a été énoncé. Nous avons également soumis aux membres de l'équipe l'idée que les approches dont l'efficacité a été démontrée pour traiter différents troubles mentaux devraient être disponibles.

Troisièmement, nous avons présenté les pratiques ou les approches apparaissant, selon les études, comme étant les plus prometteuses pour traiter les troubles anxieux, les troubles dépressifs et la schizophrénie. Les membres ont été confrontés au fait que, malgré la souffrance et le handicap important dont souffrent les personnes atteintes de troubles anxieux ou de troubles dépressifs, peu d'entre elles bénéficient d'un traitement dont la valeur est reconnue par les données empiriques (Antony et Swinson, 1996; Lalonde, Aubut et Grunberg, 1999; Lesage, 1996; U.S. Department of Health and Human Services, 1999). En regard des troubles anxieux, les interventions disponibles sont les suivantes :

- options de premier recours : traitement pharmacologique et thérapie cognitivo-comportementale (TCC);
- dans les cas plus complexes ou plus graves ou dans les cas de comorbidité : approche alliant la pharmacothérapie et la TCC;
- importance d'accompagner tout traitement par de la psychoéducation et du soutien;
- autres approches pouvant être utiles, mais dont l'efficacité est mal connue : relaxation, désensibilisation par mouvements oculaires et reprogrammation, groupes d'entraide, psychothérapie d'orientation psychodynamique ou thérapie interpersonnelle (*Psychodynamic Therapy Focussing*, TI);
- autres approches qui requièrent des interventions minimales du thérapeute : manuels autodidactiques ou approches autodirigées, conseils téléphoniques, etc.

Les phases séquentielles du traitement de la dépression majeure (phase initiale, de stabilisation et d'entretien) et des données sur les taux de rétablissement spontané et de récurrences de nouveaux épisodes entraînant un risque important de chronicité ont été abordées. Un tour d'horizon sur les approches et les traitements à privilégier pour traiter les troubles dépressifs a été effectué :

- options de premier recours : antidépresseurs et TCC (Segal, Whitney, Lam et CANMAT, 2001);
- psychoéducation basée sur l'alliance thérapeutique comme moyen de répondre aux questions et aux préoccupations de la personne, de favoriser l'observance des mesures thérapeutiques, de renforcer la motivation et de trouver des alliés parmi les proches (Reesal, Lam et CANMAT, 2001);
- TCC dispensée sur 13 à 16 séances, associée à des tâches d'autothérapie : efficacité comparable à celle de la TI et même à la pharmacothérapie dans le traitement de la dépression majeure d'intensité modérée, mais moins efficace chez les personnes souffrant d'une dépression grave, de dysthymie ou ayant des antécédents de résistance aux traitements;
- TCC plus longue, plus intensive et associée à la pharmacothérapie : meilleurs résultats pour les cas de troubles dysthymiques;
- TI seule : aussi efficace que la pharmacothérapie seule, et associée à une amélioration plus grande sur le plan du fonctionnement social (Segal *et al.*, 2001);

- TI : efficacité globale comparable à celle de la TCC, et supérieure dans les cas de dépression grave;
- antidépresseurs : efficacité amplement démontrée (Kennedy, Lam, Cohen, Ravindran et CANMAT, 2001);
- importance d'évaluer le risque de suicide et de prendre des mesures pour assurer la sécurité de la personne;
- courant croissant des modèles de soins partagés entre les cliniciens de la première ligne et les spécialistes (Katon, 1999b; Katon, Von Korff, Lin, Simon, Walker, Unützer, Bush, Russo et Ludman, 1999a);
- autres approches pouvant être utiles comme options de deuxième ou de troisième recours ou comme traitement d'appui : thérapie conjugale, psychothérapie d'orientation psychodynamique brève, groupes d'entraide, bibliothérapie, yoga, méditation, millepertuis et exercice physique;
- arrivée de nouvelles approches prometteuses : adaptation de la thérapie dialectique comportementale (*Mindfulness-based Cognitive Therapy*) et autres.

Par rapport à la schizophrénie, les notions présentées traitent des éléments essentiels du traitement : entraînement aux habiletés sociales combiné à la médication antipsychotique et à des interventions familiales psychoéducatives. De plus, est abordée l'évolution constante qu'ont connue les programmes d'entraînement aux habiletés personnelles et sociales, jusqu'à devenir une intervention structurée et assez bien définie. Plus précisément, les points suivants ont été abordés :

- importance du traitement pharmacologique (Anthony et Liberman, 1986; Lalonde *et al.*, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 1999; Zygmunt, Olfson, Boyer et Mechanic, 2002), non seulement pour agir sur les symptômes, mais aussi comme condition *sine qua non* de l'efficacité des thérapies adjuvantes telles que les thérapies de soutien et la psychoéducation (Fenton, Blyder et Heinssen, 1997; Lehman, 1996; U.S. Department of Health and Human Services, 1999);
- thérapie d'observance comme moyen d'améliorer la fidélité à la médication (Gray, Wykes et Gournay, 2003) et entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2002);



- traitements psychosociaux et psychoéducation comme compléments vitaux à la médication (Lalonde *et al.*, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 1999);
- entraînement aux habiletés sociales;
- interventions auprès de la famille comme moyen de réduire le niveau de stress de ses membres et accroître leur bien-être, et aussi de réduire le taux de rechutes et améliorer le fonctionnement de la personne atteinte (Lalonde *et al.*, 1999; Thornicroft et Susser, 2001);
- interventions de groupe réunissant plusieurs familles dont l'efficacité est supérieure (et plus économique) que les interventions menées auprès d'une seule famille (Thornicroft et Susser, 2001);
- importance de tenir compte de l'état de santé physique des personnes souffrant de troubles mentaux graves (risque accru);
- développement de nouvelles thérapies plus structurées qui permettent d'obtenir de meilleurs résultats : programme d'entraînement aux habiletés *in vivo* (*In Vivo Amplified Skills Training/IVAST*), programme intégratif de thérapies psychologiques (*Integrated Psychological Treatment Program/IPT*), thérapie personnalisée (*Personal Therapy*) et thérapie cognitive améliorée (*Cognitive Enhancement Therapy*).

Les questions suggérées aux membres de l'équipe à la suite de cette partie sur les traitements avaient trait à leur intérêt à revoir leur rôle et leurs activités compte tenu de la prévalence des personnes atteintes de troubles anxieux et de troubles dépressifs dans la population, des besoins des personnes souffrant de troubles graves, des approches dont la valeur thérapeutique a été démontrée et de la disponibilité des ressources.

Lors de l'entrevue de groupe, des membres de l'équipe émettent des réserves à l'endroit de la TCC. Cette approche comporterait des limites importantes plutôt ignorées dans les écrits.

*On parle beaucoup de l'approche cognitivo-comportementale, comme si c'était Dieu en personne qui parlait. Mais la réalité est différente là-dessus. [...] ... un client sur deux qui est passé par des approches cognitivo-comportementales, puis ça n'a pas fonctionné du tout. [...] Les symptômes sont revenus. Donc, je mettrais comme un bémol. (18).*

En réaction aux questions proposées aux membres concernant plus spécifiquement leur intérêt à revoir leur implication auprès de personnes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs, il est dit que toute cette réflexion a été menée par le Comité aviseur et que les décisions à cet égard sont maintenant arrêtées.

*On a déjà tout fait ça. [...] On l'a fait en Comité aviseur. On a réponse à tes deux dernières questions dans le Comité aviseur. (19).*

### *Interdisciplinarité et partenariat*

Nous avons proposé aux membres d'apprécier le niveau d'interdisciplinarité institué dans leur équipe, c'est-à-dire l'apport spécifique de chacune des disciplines. Nous avons porté à leur attention la définition suivante :

Il ne s'agit pas de l'effacement des disciplines au profit d'une tâche indifférenciée. La principale différence entre une approche disciplinaire et une approche interdisciplinaire est que la première produit ou mobilise des savoirs et des savoir-faire en fonction du paradigme de la discipline concernée, tandis que la seconde produit ou mobilise des connaissances et des compétences structurées en fonction d'une situation précise et d'une finalité particulière (Maingain, Dufour et Fourez, 2002, p. 65).

Toujours en nous appuyant sur les écrits, nous avons présenté l'interdisciplinarité sous l'angle de l'harmonie entre deux grands champs de compétence, deux niveaux complémentaires qui se recoupent constamment et qui deviennent prioritaires selon les différents moments, soit le champ du *soin* et celui de la *réadaptation psychosociale*. Nous avons également présenté les activités qui devraient être *partagées* entre les membres des différentes professions, telles que définies dans le *Rapport sur la vision renouvelée du système professionnel* (Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, 2002). Il s'agit d'éléments à caractère préventif ou informatif, de la prévention du suicide, de l'évaluation en première ligne sociale et de la détermination du plan d'intervention. Nous avons repris de ce rapport les définitions du champ de pratique de chaque profession en vue d'alimenter la réflexion sur la façon de faire appel aux sphères de

compétence des membres de l'équipe aux différents stades de la maladie ou dans les diverses situations problématiques.

Par rapport au partenariat, la définition d'un *réseau local de services intégrés* a été portée à l'attention des membres de l'équipe :

Une offre de services et de soutien, de traitement et de réadaptation variée et continue, majoritairement accessible dans la communauté (c'est-à-dire dans les milieux de vie) et sur la base d'un territoire local, par un ensemble d'organisations qui coordonnent leurs actions tant du point de vue fonctionnel que clinique et imputables de répondre aux différents besoins des personnes aux prises avec des problèmes majeurs de santé mentale ainsi qu'à ceux de leur famille et de leurs proches (MSSS, 2002, p.11).

Des modalités de collaboration et de coordination suggérées dans le *Cadre de référence* ont été nommées : le plan d'intervention, le plan de services individualisé, la fonction de liaison, l'intervenant pivot, la fonction de coordination d'équipe, de gestion de la liste d'attente, d'établissement des priorités et de la livraison des services, la supervision clinique, l'équipe MRC et le suivi systématique de clientèles.

À la fin de l'entrevue de groupe, des membres se disent saturés par l'abondance du matériel présenté. Pour arriver à *digérer tout ça* et à prendre le recul nécessaire pour juger de l'utilité de toutes ces notions, il est proposé de relire individuellement les documents en guise de préparation à la deuxième entrevue individuelle. L'importance de mener cette réflexion en lien avec le *Cadre régional de référence* et les travaux du Comité aviseur au CLSC est à nouveau rappelée.

*C'est qu'il y a beaucoup de stock! Puis c'est sûr qu'à brûle-pourpoint comme ça, tu sais de dire qu'il y avait pas telle affaire ou telle affaire, ou tu sais. C'est difficile, tu sais. Tu nous donnes tout, puis on n'a pas intégré ça encore. [...] Je vais avoir besoin de prendre un petit recul par rapport à tout ça, puis de relire ça tranquillement pas vite. Puis après, je vais avoir des choses à te dire, c'est sûr et certain (rires). [...] Je vais le regarder en parallèle et avec le Cadre de référence régional et avec les travaux qu'on a faits au niveau du Comité aviseur. (21).*

### *Réflexions de la chercheure durant cette troisième étape*

Un matériel à assimiler. Les thèmes abordés dans le document *Perspectives* ouvrent la porte au cœur de la pratique clinique. La chercheure a investi, avec beaucoup d'enthousiasme et d'intérêt, un temps considérable dans l'élaboration de ce document. Elle estime qu'il s'agit d'une source de renseignements qui pourraient aider les membres de l'équipe à reconsidérer leurs pratiques. Plusieurs façons d'intervenir lui apparaissent particulièrement avantageuses, puisqu'elles peuvent être appliquées à la suite d'une formation relativement courte et que leur valeur thérapeutique est démontrée. Par surcroît, certaines demandent peu de temps de la part du clinicien. De plus, elle croit apporter des indications qui pourraient aider l'équipe à clarifier des concepts tels que des services de base ou de première ligne par exemple. La chercheure s'attend à ce que les membres de l'équipe partagent son vif intérêt pour toutes ces données rapportées d'une façon qu'elle croit conviviale. Elle pense qu'ils manifesteront le désir d'en savoir davantage ou de développer de nouvelles façons d'intervenir. En quelque sorte, elle croit qu'enfin, *il est l'heure de parler clinique.*

Lors de la présentation du document à l'équipe, la chercheure a l'impression que les membres sont intéressés, mais aussi noyés par tout ce matériel. Elle tente de calmer ses ardeurs et d'éviter d'exercer sur eux une pression pour qu'ils adoptent les idées présentées. Ce matériel lui apparaît tout de même prometteur pour le succès des étapes suivantes, soit le deuxième cycle d'entrevues individuelles et la négociation.

Le document *Perspectives* arrive-t-il trop tard? La chercheure a parfois l'impression que certains membres de l'équipe éprouvent un intérêt mitigé pour les pistes possibles présentées dans le document *Perspectives*, car ils peuvent percevoir comme résolu, ou en voie de l'être, la majorité des problèmes ou des inconforts qu'ils ont exprimés. Cette impression peut provenir du fait que le chef de programme, vers la fin de cette étape, termine sa rédaction du document *Continuum de services offerts en santé mentale adulte au CLSC et la vision vers laquelle ce modèle tend*. Découlant du *Cadre régional* et inspiré par les travaux d'un Comité aviseur, ce nouveau cadre aurait permis d'arrêter les décisions concernant les définitions des différents concepts et les balises à respecter. Il serait plutôt temps de faire suivre rapidement un plan d'action, semble-t-il. La

chercheure se demande dans quelle mesure les intervenants de l'équipe ont eu voix au chapitre, ce qu'ils en pensent et si les pratiques ont vraiment changé. Son impression que le contexte pourrait ne pas faciliter les processus de réflexion, de partage d'idées, d'examen de différents points de vue et de recherche de consensus perdure et même, s'intensifie. Plusieurs idées, sur lesquelles une réflexion individuelle et collective était bien enclenchée, lui semblent avoir malheureusement trouvé un point final, alors que pour elle, il s'agissait d'un départ vers une amélioration du modèle. La chercheure rencontre le chef de programme et lui fait part de ses préoccupations. Elle s'attend à obtenir son soutien pour encourager les membres de l'équipe à utiliser leur créativité pour améliorer leurs pratiques et peut-être même sortir des sentiers battus.

Du point de vue du chef de programme, le nouveau cadre décrit l'ensemble des équipes de santé mentale au CLSC. Il est donc plus général que celui construit dans le cadre de l'étude. C'est la structure dont les cliniciens avaient besoin pour situer leurs interventions. Le chef rappelle qu'il s'agit là de l'évolution normale des choses et que, de toute façon, il fallait agir compte tenu de la suspension de l'étude qui avait été annoncée pour une période indéterminée. Il profite de l'occasion pour porter à l'attention de la chercheure que des données présentées dans le document *Perspectives*, qui indiquent une supériorité de certaines approches comparativement à d'autres, contredisent certaines des conclusions énoncées dans le *Cadre de référence régional* concernant l'utilité de toutes les approches et la promotion d'une approche intégrative. Quoi qu'il en soit, il conclut que les cliniciens ont encore à réfléchir sur leurs pratiques et sur les façons dont ils rempliront leur mandat. Il compte sur l'étude pour les soutenir à cet égard. La chercheure comprend et respecte le travail de gestion accompli par le chef de programme, mais elle se sent à demi rassurée pour la poursuite de l'étude. Elle espère, avant d'entreprendre la quatrième étape qui consiste à interviewer individuellement chaque membre de l'équipe, que ceux-ci seront disposés à s'impliquer avec confiance dans le travail de construction et de créativité dans lequel elle désire les accompagner. Elle tentera, conformément aux attentes exprimées par le chef de programme, de centrer la poursuite des travaux sur l'intervention clinique, un aspect effectivement peu développé dans le cadre rédigé par le chef à la suite des travaux du Comité aviseur.

### Quatrième étape : modèle d'intervention reconsidéré par les membres de l'équipe

Cette partie présente les données récoltées lors d'un deuxième cycle d'entrevues individuelles réalisé auprès des membres de l'équipe dans le but d'explorer s'il leur apparaissait indiqué d'apporter des changements à la construction du modèle d'intervention énoncé initialement (première étape de l'étude). Nous leur avons aussi demandé de reconsidérer chaque élément du modèle à la lumière des points de vue exprimés par leurs partenaires et des éléments théoriques présentés, en vue, éventuellement, de bonifier leur modèle d'intervention. Cette entrevue a été réalisée avec le soutien d'une synthèse (25 pages) qui représentait en parallèle l'ensemble des données, de façon à pouvoir les confronter (voir les explications détaillées de cette étape dans le chapitre précédent). Au lieu de présenter ces données à l'équipe en fin d'étape comme cela a été le cas pour les étapes précédentes, nous les avons intégrées dans un document de travail qui allait soutenir le processus de recherche de consensus sur l'énoncé d'un modèle d'intervention, soit la cinquième étape de cette étude (voir figure 5). Nous présentons donc ici les thèmes ressortis lors de ce deuxième cycle d'entrevues individuelles réalisé auprès des membres de l'équipe.

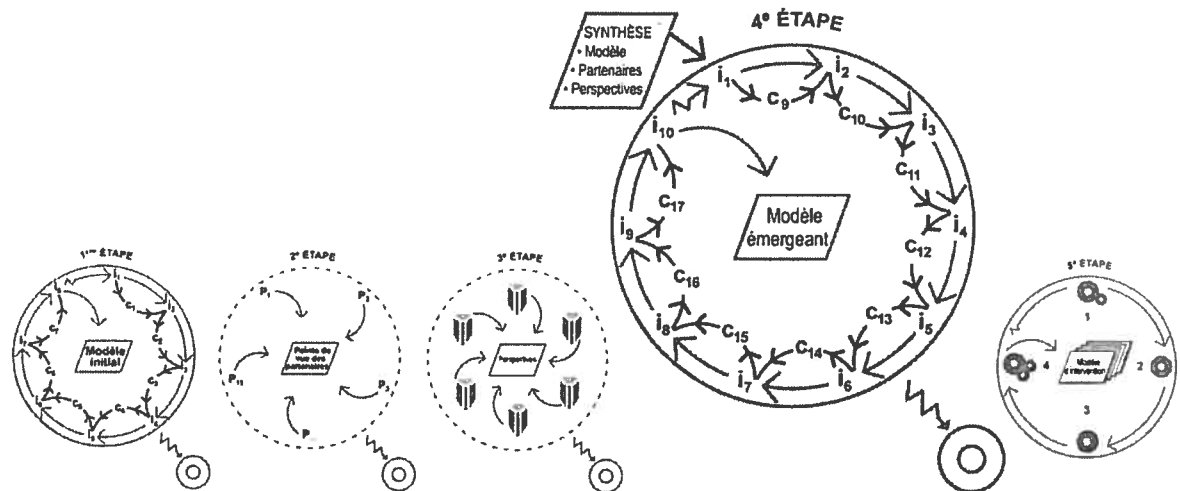


Figure 5. Quatrième étape

*Préciser un modèle d'intervention : un intérêt marqué par des hésitations et des contraintes*

La majorité des membres de l'équipe se disent satisfaits de l'énoncé initial du modèle d'intervention issu du premier cycle d'entrevues individuelles. Il s'agit d'une description somme toute assez générale, qui reflète bien la réalité à leur avis. Certains disent apprécier que l'autonomie de la personne et l'accessibilité figurent comme concepts centraux malgré les difficultés rencontrées sur ces aspects. À brûle-pourpoint, peu de changements sont suggérés.

*Une définition qui est assez générale. Parce que c'est ça qu'on fait aussi. C'est assez général! (22, 4).*

Les membres évaluent de façon différente l'ampleur de l'évolution des pratiques depuis le début de l'étude. Certains expriment un sentiment de déception face au changement qu'ils jugent trop faible et trop lent.

*Ça fait trois ans dans le fond qu'on s'est rencontrés. Bon! Constat, ça n'a pas beaucoup changé. (24, 50).*

*La description, elle me semble toujours actuelle. Mais bon! Parce que c'est la description qui représente notre réalité, mais que je trouve insatisfaisant à quelque part. Pas la description qui est insatisfaisante, c'est la réalité. (22, 25).*

D'autres, au contraire, rapportent des changements appréciables, survenus au cours des derniers mois. Ils nomment à ce titre un projet d'intégration sociale des personnes atteintes d'un trouble mental grave réalisé en concertation avec différents secteurs, une adhésion accrue des membres au principe de responsabilisation de la personne, l'établissement de plans d'intervention plus structurés, l'implantation graduelle de l'approche systémique, la consolidation de la Clinique sans murs et la réintégration de l'éducatrice spécialisée dans l'équipe.

*... pas mal de choses ont changé depuis le moment où t'as interviewé la première fois les intervenants. [...] Il y a un lien qui se développe de plus en plus avec les organismes communautaires et avec les autres ministères qui peuvent être impliqués au niveau de l'intégration des gens en santé mentale. [...] Il y a eu un projet commun de mobilisation, dont, à travers le PAL, pour faire débloquer les argents pour les logements sociaux. Il y a des principes de base qui ont changé par rapport à la responsabilisation de la clientèle. [...] Les gens sont comme plus cadrés par rapport à leur façon d'intervenir. [...] Il y a l'approche systémique. (30, 3, 10).*

En dépit de la version proposée, des membres expriment le besoin de disposer d'un modèle d'intervention plus précis et plus cohérent. Le modèle souhaité constituerait un tronc commun qui faciliterait la communication et les collaborations entre les membres de l'équipe et avec les partenaires.

*C'est que les gens arrivent à l'équipe de base et ils travaillent un peu de leur façon. [...] Il faudrait comme qu'il y ait plus d'écrits, tu sais. C'est qui l'équipe de base Santé mentale? Qui fait quoi? [...] Qu'est-ce qu'on préconise comme type d'intervention? (24, 27).*

D'autres conviennent de la pertinence de préciser éventuellement les modalités d'intervention de l'équipe, sans toutefois y reconnaître d'urgence.

*Ça mériterait peut-être qu'on s'assoie un moment donné, puis qu'on fasse un questionnement ou quelque chose comme ça. Oui, la question n'est pas inintéressante. Est-ce qu'on pourrait faire quelque chose qui soit un peu différent? Mais en tout cas, c'est sûr que je ne peux pas présumer connaître la réponse d'avance, mais c'est vrai que c'est un travail qu'on pourrait peut-être faire. Est-ce qu'on fait du cas à cas ou est-ce qu'on essaie d'avoir un modèle qui rejoindrait peut-être, comme tu dis, un volet un peu plus articulé? Je ne sais pas. (21, 28).*

Pour certains, l'exercice de préciser le modèle d'intervention semble parfois prendre l'allure d'une aventure périlleuse où l'on tente d'entrer l'insaisissable dans des cases. Il est difficile de trouver les mots justes pour désigner l'ensemble des situations rencontrées. Préciser les services offerts par l'équipe présente le risque que cette description soit si globale, qu'elle aurait peu de signification ou, au contraire, si précise, qu'elle donnerait l'impression qu'il y a peu d'ouverture pour les cas litigieux.

*On travaille tout le temps le nez collé, quasiment collé devant les situations, mais c'est dur de prendre du recul. Avoir une vue d'ensemble, une perspective. On y va par cas. (28, 1).*

*Peut-être qu'on pourrait expliquer nos services. Mais si on les explique de façon générale, on va peut-être ressembler un petit peu à une équipe de soutien à peu près à tout. Puis si on est très précis, bien les gens vont dire, oh boy, il y a un terrible paquet de monde qui sont exclus! (23, 44).*

Souvent, des membres de l'équipe rappellent que les points de vue qu'ils expriment sont les leurs et peuvent différer de ceux de leurs collègues. Certains, dont la discipline est peu représentée dans l'équipe, avouent hésiter à exprimer leurs opinions.



*Je trouve ça difficile pour me prononcer pour les autres professions, puis je trouve ça difficile de me prononcer pour la mienne parce qu'il n'y en a pas d'autres consœurs de travail, je suis toute seule à l'équipe de base. (28, 15).*

Des membres évoquent comme obstacle à la consolidation et à l'évolution des pratiques en santé mentale, le manque de lignes directrices établies pour guider les interventions accomplies par les cliniciens, ainsi que le manque de formation.

*Dans les dernières années, ce qui s'est passé, c'est que les intervenants ont été beaucoup laissés à eux-mêmes. Sans formation, sans support, sans beaucoup d'encadrement. Puis c'était, tu es capable de faire n'importe quoi dans n'importe quel contexte. [...] Il y a une responsabilité qui n'a pas été assumée par les établissements. (30, 35).*

Enfin, la lourdeur de la tâche et les changements rapides sont reconnus comme obstacles à l'approfondissement de la réflexion sur les pratiques.

*Toujours à la course! [...] Tu fais ce que tu peux, envoye, vas-y. Tiens, il y a un client, prend le dossier, envoye go. Mais c'est ça que ça donne en bout de ligne. [...] Ils (les membres de l'équipe) trouvent ça dur tu sais, les changements. L'intervention en groupe, la diversification des services, la structuration. (30, 35, 37).*

Ici et là, au cours des entrevues, des membres font référence à des travaux réalisés par le Comité aviseur afin de préciser et de confirmer les éléments relatifs à la structuration des services de santé mentale au CLSC. Quelques membres de l'équipe font partie ou ont déjà fait partie de ce comité qui poursuit toujours ses travaux. Certains considèrent que des précisions utiles ont été apportées, tandis que d'autres souhaiteraient des balises encore plus précises pour guider leurs interventions. Certains membres, lorsqu'ils sont interviewés, proposent à la chercheuse d'utiliser le document rédigé par le chef de programme pour avoir des réponses plus justes à ses questions.

*Le Comité aviseur, bien on est rendu justement à l'étape maintenant, que tout le fonctionnement actuel a été clarifié, avec le départage des clientèles en fonction des équipes. (6).*

*Dans l'année qui va suivre, c'est un objectif de faire des procédures. Pour que quand il arrive une personne disons qui remplace, bon, comment ça marche l'équipe de base. On n'a rien. [...] Ce serait à ajouter au Comité aviseur, dans notre document. (27, 3).*

*J'ai l'impression qu'on est toujours en révision... [...] ... mais semble-t-il que c'est bien avancé. [...] Les priorités, qu'est-ce qu'on voudrait pour le développement de l'équipe en santé mentale. (28, 46).*

Des membres de l'équipe souhaiteraient que l'étude fournisse une occasion de porter un regard critique sur le cadre établi par le Comité aviseur et de préciser davantage les pratiques qui en découlent.

*Le travail qui a été fait au niveau du comité aviseur, c'est un travail général pour tout ce qui se fait en santé mentale. Mais l'équipe de Santé mentale, quand tu parles de préciser c'est quoi le rôle de un, de ci, de ça, c'est quoi les techniques qu'ils voudraient intégrer dans leur pratique, il n'y a rien de fait là-dedans. Puis ça, moi, je pense que c'est plus ta recherche, elle s'inscrit plus dans ce cadre-là. [...] On est dans le solage, après ça on mettra des murs. (30, 31).*

*Ça peut aider à rétablir un petit peu quelles seraient les priorités. [...] S'ils se lancent dans l'approche systémique... [...] On devrait avoir une autre perspective ou une autre vision finalement de comment devraient être développés les services santé mentale. (6).*

Il est rapporté par des membres qu'un comité réunissant des représentants du CLSC et du CH a été mis sur pied pour préciser la notion de première ligne et de deuxième ligne, ainsi que les mécanismes de liaison entre les deux niveaux de services. Ce comité se penche également sur la façon dont le CLSC pourrait s'arrimer avec ce qui se fait déjà au CH, particulièrement en ce qui a trait à l'intervention de groupe.

*On a mis un comité sur pied CLSC-CH, où on va définir c'est quoi la première ligne, c'est quoi la deuxième ligne, puis quels sont les mécanismes de liaison qu'il faut mettre entre ces deux instances-là. [...] Pour éviter d'avoir de la duplication, puis de la redondance. C'était une recommandation du Comité aviseur. (30, 8, 9).*

*Le Comité CH-CLSC, il y a des gens qui travaillent déjà au niveau du groupe, au niveau des troubles anxieux. (30, 15).*

### *Consolidation des points de vue*

#### *Valeurs*

*Le problème de l'accessibilité s'accroît.* Des membres de l'équipe rapportent que la liste d'attente s'est encore allongée depuis le premier cycle d'entrevues. Le délai peut aller jusqu'à un an dit-on et les critères d'accès sont appliqués de façon de plus en plus serrée. Le principal problème n'est plus de décider vers qui orienter le client, mais plutôt

quand le client pourra être vu. Le problème est particulièrement préoccupant en regard des services de psychologie.

*On a beau concevoir de beaux modèles, mais il y aura toujours le problème de l'accessibilité. [...] J'ai la liste d'attente des prioritaires parmi la liste qui est issue d'une liste d'attente. [...] Quand va-t-on répondre à ces gens-là qui font des demandes de services? C'est là qu'est toute la question. On ne suffit pas à la tâche. (21, 24-26-10, 18).*

*Maintenant, les critères sont serrés, c'est difficile. On n'a pas le choix de restreindre énormément. [...] Il y en a qui attendent un an! [...] C'est tu 30? C'est tu 40? C'est épouvantable! (28, 7).*

Des bases théoriques présentes, bien que difficiles à énoncer précisément. Des membres de l'équipe réaffirment qu'eux et leurs collègues s'inspirent de notions théoriques, bien qu'il soit difficile de les nommer précisément. Celles-ci sont intégrées aux croyances, à l'expérience et à la personnalité de chacun.

*Je suis convaincue qu'on a tous une base théorique. [...] Un modèle théorique appliqué de mur à mur, ça c'est clair qu'on ne l'a pas. Mais... [...] ... chaque intervenant a le souci de savoir qu'est-ce qu'il fait et pourquoi il le fait. [...] Est-ce qu'il est toujours rattaché à un modèle théorique? Bien, ce n'est pas sûr qu'on est toujours capable de le dire. [...] Une fois qu'on a quitté un peu le milieu universitaire, si on n'est pas des gens très théoriques à l'avance, bien on va continuer à se perfectionner comme ça, mais sans nécessairement toujours se rattacher à la théorie. (23, 30).*

Certains membres croient que la difficulté d'appuyer leurs interventions sur des notions théoriques peut avoir comme désavantage de donner l'impression de faire un peu n'importe quoi et ainsi, miner la crédibilité des services offerts par l'équipe.

*Ce qui est reflété, c'est qu'on intervient un peu comme bon nous semble, sans approche, sans modèle. [...] Je trouve ça déplorable parce que je me dis, ce n'est pas la réalité. [...] C'est clair qu'on n'intervient pas à l'aveuglette, puis qu'on a une toile de fond. Est-ce qu'on devrait mettre des mots? Probablement. Mais ce qu'il faut éviter, c'est de ramener l'équipe de base à une équipe qui, à part le psychologue, puis le nursing, à un groupe d'intervenants qui font de l'écoute. (23, 30).*

Des aspects théoriques loin de la réalité. Lors de l'entrevue de groupe réalisée à la fin de l'étape précédente, les membres de l'équipe avaient convenu qu'en guise de préparation à cette étape-ci, chacun allait examiner attentivement les notions théoriques présentées dans le document *Perspectives*. En dépit du fait que les aspects présentés ont été

sélectionnés à partir des zones de confusion ou de dissension ressorties des données récoltées, ils semblent avoir peu retenu l'attention des membres et les propos exprimés indiquent qu'ils en retirent peu d'information significative.

*Là, j'étais rendue au bout où je commençais à lire en diagonal (rires). J'avoue! (24, 15).*

*Oui, ça je l'ai regardé. Mais ça fait un petit bout. (27, 3).*

*J'ai lu, je n'ai pas pris de notes. [...] Je l'ai survolé vite. Il aurait fallu que je le lise plus. (28, 10).*

Par ailleurs, certains se disent irrités par rapport aux écarts entre les discours théoriques qu'ils considèrent souvent à cent lieues de la pratique sur le terrain.

*Des fois, en lisant le texte, j'avais l'impression qu'on demande aux gens de dire : laissez tomber la clinique, puis obéissez, soumettez-vous à des modèles théoriques. [...] Il y a toujours eu, pour moi, une espèce d'opposition dialectique entre la clinique et souvent la théorie. [...] Et ça, j'avoue que des fois, c'est un petit peu agaçant quand on est clinicien, de recevoir les choses d'en haut. [...] Sur le terrain, ce n'est pas tout à fait comme ça. C'est un point de vue. De là à l'ériger en absolu! (21, 4).*

*Données probantes. Je te dis qu'il y a beaucoup de mots pour rien dire. [...] Les pauvres petits travailleurs que nous sommes, les intervenants, ces mots-là, restauration, puis monitoring à la santé physique. Mon Dieu! Ça, c'est certainement pas un intervenant qui a dit ça. C'est loin de ma réalité. (29, 26, 50).*

Pour certains membres, les stratégies présentées apparaissent non pertinentes au but ultime du suivi qui est le maintien de la personne dans le milieu.

*Je ne peux pas te dire moi. C'est tellement dans le quotidien! Parce que j'en ai plusieurs personnes qui ont un problème de schizophrénie dans ma clientèle, puis c'est comme les garder en fonctionnement malgré les limitations. (28, 20).*

Des intervenants estiment qu'il ne serait pas très utile de se renseigner sur les approches novatrices proposées ou de chercher à les implanter, puisque, de plus en plus, ce qui remporte la palme, c'est de faire toujours plus vite et voir toujours plus de clients.

*On fait nos notes, nos interventions, nos stats, tout ça, puis on n'a pas le temps vraiment d'aller chercher de l'information justement sur les nouvelles techniques, puis tu sais, perfectionnement là. (27, 26).*

*On est à cent lieux à la ronde. Surtout que plus on va avoir des dossiers lourds, plus on va avoir nombre de dossiers, moins ces choses-là vont être vraies. [...] On ne peut pas appliquer ça, il y a trop de surcharge. (29, 32, 50).*

Certains membres se rabattent sur leur impression que la faible valorisation de la créativité et de l'initiative des intervenants dans le milieu de travail décourage rapidement l'examen d'approches novatrices.

*Explorer les approches novatrices! Vois-tu, on parle de créativité et on en a besoin, mais quand on vient pour le faire, on se fait taper sur la tête. (29, 32).*

### *Besoins et clientèles visées*

*De base versus spécialisé, une confusion qui perdure.* Le concept *équipe de base* est toujours celui qui convient le mieux pour désigner l'équipe selon certains membres. Il représente bien la philosophie qui a guidé son développement. Pour d'autres, ce concept sème de la confusion. Qu'est-ce qui est de base? Le service? Le type d'établissement qui offre le service? Les besoins fondamentaux de la personne? Le type d'intervention? Le niveau de formation du personnel? Si ce terme signifie que l'intervention se limite aux besoins comme le logement ou la nourriture par exemple, il apparaît réducteur et ne rend pas toute la valeur du travail réalisé. À ce point de vue, des membres rétorquent qu'il s'agirait d'une erreur d'associer la notion de service de base à un service de qualité inférieure.

*L'équipe de base. Ça veux-tu dire qu'on s'occupe juste de la clientèle en santé mentale qui a des besoins de base? Le logement, ces choses-là? Mais c'est pas juste ça. Il y a des suivis spécialisés. Bon, je ne sais pas moi, les étapes du deuil, gérer le stress, les émotions. [...] C'est beaucoup plus que ça. (27, 5).*

*C'est un service de base! Il ne faut pas mélanger qualité de service avec services spécialisés. C'est un service de base, autant que possible de qualité, mais ce n'est pas un service spécialisé. (23, 4).*

La signification du terme *service spécialisé* ressort également comme source de confusion. Par exemple, certains membres de l'équipe disent qu'il serait difficile pour eux d'expliquer précisément en quoi les interventions de l'équipe SIM sont plus spécialisées que celles de l'équipe de base. Le suivi de la Clinique sans murs est perçu souvent sans

équivoque comme un service spécialisé, tandis que l'on tend à classer le suivi individuel assuré par les membres de l'équipe dans les services de base.

*C'est embêtant. Ça dépend à quoi tu te compares. [...] C'est au niveau de l'intensité. Parce qu'en fin de compte, ils (équipe SIM) vont voir les mêmes cas que moi. [...] C'est juste qu'ils (ses clients) se débrouillent un petit peu plus ou il y a plus de moyens pour palier aux manques. (28, 9).*

*On peut appeler équipe de base dans le sens qu'on reçoit toutes sortes de clientèles. Mais en même temps, on essaie de donner des services qui sont spécialisés en fonction d'un type de problématique. C'est peut-être pas le cas de toutes les problématiques que l'équipe de base reçoit. Ça devrait peut-être être comme ça tu sais, d'offrir des services plus spécialisés. C'est comme si une partie de la clientèle recevait des services spécialisés, puis d'autres qui n'en recevaient pas. (26, 4).*

*La Clinique sans murs, je sais que c'est un service qui est spécialisé. Mais de façon générale, je pense les intervenants qui font des suivis individuels, si on ne parle pas de la Clinique sans murs, je pense qu'on offre plus un service de base. Qui est de base, mais toujours par rapport à santé mentale où l'on développe à quelque part, oui, une expertise, mais pas une expertise qui est spécialisée. (22, 4).*

Dans une perspective clinique, des membres tendent à conclure qu'il est finalement peu utile de différencier ces niveaux d'intervention. Ce qui importe, c'est plutôt de décrire clairement les services en santé mentale offerts à la population.

*Je ne vois pas l'utilité de la distinction. [...] C'est pour les critères d'accès. [...] Qu'est-ce que ça prend pour être en SIM ou en équipe de base. (28, 9).*

Il ressort des différents points de vue exprimés par les membres que les services de base et les services spécialisés se distinguent par les caractéristiques suivantes :

- un service de base rejoint une clientèle plus hétérogène que celle d'un service spécialisé;
- un service de base cible des besoins tels que l'alimentation, le logis, les relations avec l'entourage, la résolution de problème, la médication, etc. Les interventions sont globales, générales. Un service spécialisé va au-delà de l'accompagnement et du soutien dans les AVQ. L'intervention, bien définie et structurée, porte sur une dimension précise de la personne;
- dans un service de base, certaines compétences ou une expertise spécifique sont requises, sans pour autant qu'il s'agisse d'un service spécialisé. Dans un service

spécialisé, les interventions nécessitent une formation spécifique, la formation professionnelle de base étant insuffisante;

- le niveau d'intervention d'un service de base est cohérent avec la mission d'un CLSC, tandis que celui d'un service spécialisé découle du mandat d'un CH.

Des membres rappellent que les services de santé mentale se situent sur un continuum. À l'une des extrémités, les personnes présentant une détresse psychologique ont accès à un service de base (*Services psychosociaux adultes*). Celles présentant un trouble mental grave mais un potentiel de réadaptation appréciable reçoivent également des services de base (*équipe de base Santé mentale*). Des services spécialisés sont offerts aux personnes souffrant de troubles de l'humeur et de troubles anxieux (*Service de psychothérapie*), ainsi qu'à celles souffrant de trouble de personnalité (*Clinique sans murs*). À l'autre extrémité, toujours dans les murs du CLSC, se trouvent les services spécialisés offerts aux personnes atteintes d'un trouble mental grave ayant besoin de soins de façon plus intensive et sur de plus longues périodes (*équipe SIM, rattachée au département de psychiatrie du CH*).

Des membres de l'équipe déclarent que les clientèles respectivement visées par les différentes équipes du CLSC sont maintenant précisées et consignées dans un tableau paru dans un document de référence définissant le continuum des services en santé mentale au CLSC. Ces précisions rejoignent la description du modèle d'intervention réalisée à la première étape de cette étude, dit-on. Le tableau permet maintenant d'orienter efficacement la clientèle. De plus, des membres témoignent d'une plus grande ouverture par rapport à l'intervention auprès de personnes se situant dans la *zone grise* (traumatisme crânien, alcoolisme, comportements marginaux, etc.). Une confiance accrue est accordée au processus de décision du Comité d'accès. Des membres sont plus enclins à reconnaître l'importance de faire preuve de souplesse, mais souhaitent néanmoins partager la responsabilité du suivi de ces personnes avec d'autres équipes interpellées par la problématique et intervenir dans le respect de leur champ de compétences.

*Il y a un tableau je pense qu'on a fait. On l'a conçu pour permettre à nous et aux autres dans l'établissement de savoir un peu qui fait quoi. [...] C'est comme une question réglée. (21, 18).*

*Suivi d'intensité variable, non intensif ou intensif : une nomenclature satisfaisante pour certains, mais qui demeure théorique pour d'autres.* Des membres expliquent que l'équipe fait du suivi semi-intensif, du suivi non intensif (visites bimensuelles à mensuelles) et du suivi d'intensité variable. Ainsi, l'état d'un client peut nécessiter plusieurs rencontres durant quelques jours, lors d'une recrudescence des symptômes ou à la suite d'une hospitalisation par exemple, mais étant donné que les besoins sont importants que durant une courte période, un transfert à l'équipe SIM n'est pas indiqué. L'équipe SIM fait également du suivi semi-intensif ou d'intensité variable, en plus du suivi intensif. La complexité de ce vocabulaire ne pose pas de problème réel sur le plan clinique selon des membres.

*Il y a une difficulté au niveau de la nomenclature. Ici, ce qui a été retenu au niveau du vocabulaire, c'est qu'on parle de suivi non intensif qui est fait par l'équipe de base. On parle de suivi d'intensité variable qui est fait en partie par l'équipe de base, en partie par l'équipe SIM et on parle de suivi intensif qui est fait par l'équipe SIM. [...] Il y a un débat présentement qui dit, on devrait avoir juste deux sortes de suivis. Le suivi non intensif, puis le suivi d'intensité variable. Dans l'équipe de base, c'est clair que dans les gens qu'on a en suivi, entre guillemets, non intensif, décompensent un bon moment donné et deviennent du suivi d'intensité variable. [...] Ça ne pose pas problème. (30, 9, 10).*

D'autres membres de l'équipe considèrent que ce critère alourdit inutilement l'organisation des services et les processus puisque la personne ne peut cadrer définitivement dans l'un de ces types de suivi et que, de toute façon, l'intervenant adapte le suivi selon les besoins du client, et encore, faut-il dire, de plus en plus selon le temps dont il dispose.

*Les services qu'on offre devraient être en fonction de la problématique des clients puisque la problématique évolue. Je pense que c'est le client qu'on devrait suivre. Et non pas le client qui devrait suivre les équipes en fonction des niveaux d'intensité ou de variabilité de sa condition. [...] Ces notions-là, je trouve ça un peu détaché de la réalité des clients. (26, 6).*

*Avant, on était intensité moyenne. Pourquoi? Parce qu'on avait juste quinze dossiers. On est rendu maintenant à vingt-cinq dossiers. Où il est ton intensif? On ne peut plus le faire. [...] Plus ils me chargent, moins je donne de temps aux clients. (29, 7).*

La notion de suivi intensif, semi-intensif ou d'intensité variable apparaît, selon certains, davantage liée au profil du client qu'à l'intensité requise du suivi. L'équipe SIM



est interpellée plus particulièrement pour la clientèle dont le potentiel de réadaptation est faible. Ceci semble moins être le cas lorsqu'il s'agit de jeunes personnes qui présentent des troubles psychotiques, celles-ci étant de plus en plus orientées vers l'équipe SIM en vue d'assurer un suivi étroit pour limiter, autant que possible, la vulnérabilité de cette clientèle. Ces distinctions, considérées comme étant plutôt théoriques ou administratives, serviraient surtout au Comité d'accès pour orienter la clientèle vers le service approprié.

*Je parle du SIM. Parce que je dis une intervention massive pour une adaptation minimale. Alors que dans l'équipe de base, je pense que les gens ont un potentiel d'adaptabilité ou d'adaptation qui est peut-être un peu plus grand. (21, 15).*

*Si tu parles plus de la clientèle de jeunes schizophrènes, cette clientèle-là, elle est principalement absorbée au niveau du suivi intensif dans le milieu. (30, 19).*

*Le SIM, eux autres, ils tendent vraiment le plus possible maintenant vers les jeunes, comme la vingtaine. [...] Pour éviter qu'ils soient chronicisés, puis qu'ils n'aient plus l'accès à l'emploi, puis à l'éducation. Mais, je veux dire, on va être là-dedans nous autres aussi, parce qu'eux autres les gardent pendant que c'est intensif beaucoup. (28, 21).*

Pour d'autres membres de l'équipe, la confusion se situe plutôt par rapport aux équipes associées au suivi non intensif.

*Entre le SIM et l'équipe de base, c'est assez clair qui fait quoi. C'est peut-être au niveau d'autres équipes que c'est moins clair. (25, 3).*

*C'est qu'il devrait y avoir une équipe adulte santé mentale menacée et équipe de base en santé mentale qui ne devraient faire qu'un. Justement, pour que tout le monde, de toute façon, on a tous la même formation de base. On travaille avec des clientèles, tu sais, la ligne n'est pas si large que ça entre nos clientèles. (24, 23).*

Des membres de l'équipe croient qu'abolir les divisions entre les équipes en santé mentale, de même que celles à l'intérieur même de l'équipe permettrait d'améliorer les services. L'équipe de base comprend l'agente de liaison, le Service de psychothérapie et la Clinique sans murs avec leurs clientèles respectives, distinctes et des modes d'intervention particuliers. Il résulte des sous-équipes affaiblies par le très petit nombre d'intervenants qu'elles contiennent. Ces divisions augmentent la complexité. Ainsi, l'AEO, les Services psychosociaux adultes, l'équipe de base et l'équipe SIM pourraient être réunis dans une seule équipe, soit l'équipe de santé mentale. Des intervenants considèrent par contre que

l'équipe SIM devrait rester à part en raison des différences importantes qui caractérisent cette clientèle et du mode d'intervention qui se fait en équipe pour un même client plutôt que par un seul intervenant.

*Il y a comme une sous-équipe fractionnée quasiment même à l'intérieur de l'équipe de base Santé mentale, si l'on considère que le psychologue ne traite pas le même type de problématiques. [...] Il y a des clientèles qui se ramassent dans les autres équipes comme Soutien intensif dans le milieu ou bien l'équipe Adulte. [...] C'est pas juste une personne qui se sent triste. Mais c'est une personne qui finalement est en dépression. Oups! Ça fait que... c'est ça! [...] Même suivi intensif. [...] ... un moment donné, ça devient même plus des gens qui ont besoin nécessairement d'un soutien intensif. [...] Ça devrait tout être regroupé. Ça éviterait en même temps, cette espèce de zone grise. Ça va à telle équipe ou ça va à telle autre équipe? (26, 1).*

Traiter la dépression au CLSC comme priorité, mais des points de vue différents sur l'implication de l'équipe ou de ses membres. Des membres de l'équipe soutiennent que les personnes souffrant de dépression et de troubles anxieux devraient faire partie, en principe, de la clientèle desservie par l'équipe de base. Quelques membres disent en avoir parmi leurs clients, tandis que d'autres affirment le contraire. Certains soutiennent que, pour l'instant, l'intervention auprès de cette clientèle est quasiment l'affaire exclusive du psychologue rattaché à l'équipe, tandis que d'autres affirment que les membres de l'équipe des Services psychosociaux adultes interviennent également auprès de cette clientèle.

*La dépression, les troubles de l'humeur, ça relève du psychologue. Les troubles anxieux, ça relève du psychologue. Les troubles d'adaptation, les difficultés de la vie passagères, ça relève de l'équipe Sociaux-adultes. [...] C'est le choix qu'ici on a fait. (21, 18).*

*Les troubles anxieux, on en a quand même pas mal. Moi, je regarde dans mes... mais on sait pas vraiment comment travailler avec les troubles anxieux. (29, 14).*

*Ce sont nos clientèles. Quoique je précise que c'est à l'équipe Adulte, ils en font aussi du suivi avec des gens qui présentent des troubles d'anxiété, des troubles de dépression. (24, 31).*

*Troubles anxieux, moi je n'en vois pas. Ça va être plus, je pense, que c'est en Adulte qu'ils les voient. (28, 17).*

Étant donné le nombre élevé de personnes souffrant de troubles transitoires, des membres de l'équipe abondent dans le sens que les approches reconnues pour leur

efficacité devraient être disponibles, et qu'il serait opportun pour eux de s'impliquer davantage pour répondre aux besoins de cette clientèle après avoir obtenu une formation adéquate.

*On pourrait peut-être apporter plus aux personnes qui sont en dépression ou qui ont un trouble anxieux. Présentement, ça va toute en psychologie. Puis c'est certain qu'il y a certaines façons qui doivent être travaillées par le psychologue. Mais je pense qu'au niveau du travail social, on pourrait faire un bon bout là-dedans, si les gens étaient formés. [...] Les autres personnes dans l'équipe pourraient développer des mini-expertises pour travailler au niveau des troubles anxieux, puis des dépressions. (22, 8).*

*Il y a certainement plus de services ou des services mieux organisés qui pourraient être donnés pour ces problématiques-là. Puis, bien entendu, avec une approche qui peut-être efficace... [...] ... par exemple cognitivo-comportementale. (26, 7).*

Pour d'autres membres de l'équipe, il est peu réaliste de penser à intervenir davantage auprès de cette clientèle, compte tenu du manque de ressources. De plus, un des principaux critères d'accès à l'équipe (mis à part le psychologue) est le niveau de désorganisation dans la vie quotidienne (isolement, vulnérabilité, etc.) qui s'ajoute au diagnostic d'un trouble mental grave. Ces critères sont traduits par une cote indiquant le niveau de priorité. Les personnes présentant un trouble dépressif ou un trouble anxieux pourraient difficilement obtenir le score qui justifierait un accès aux services de l'équipe dans un délai raisonnable. La priorité est accordée aux personnes souffrant de troubles mentaux graves, celles-ci se retrouvant sur une liste d'attente malgré la nature de leurs difficultés et l'importance d'une intervention rapide pour de meilleurs résultats.

Pour d'autres membres de l'équipe, le traitement et le suivi des personnes souffrant d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux relèvent de la compétence du psychologue, puisque les autres membres de l'équipe n'auraient pas la formation requise. Par contre, si la dépression tend à être chronique et qu'elle entraîne une désorganisation dans les activités quotidiennes, un risque suicidaire ou qu'elle est associée à un trouble de la personnalité, il convient alors pour l'équipe d'intervenir pour assurer le maintien dans le milieu de vie.

*Moi, je trouvais ça correct, mettons au niveau des troubles anxieux que ce soit plus en psychologie. [...] En santé mentale, je verrais plus troubles dépressifs quand c'est associé à d'autre chose. Avec un trouble de personnalité ou bon! (25, 8, 9).*

*Au niveau des troubles anxieux, j'ai l'impression que c'est plus le psychologue qui a la formation la plus pertinente, l'approche. Nous, on s'est plus formé sur le tas (rires). (27, 13).*

Des membres de l'équipe évoquent différents projets de thérapie de groupe pour traiter les troubles de l'humeur au CLSC. La plupart en ont entendu parler de façon informelle. Il s'agirait, entre autres, d'un groupe psychoéducatif. Certaines personnes pourraient trouver réponse à leurs besoins à ce niveau de services, tandis que d'autres y trouveraient l'occasion de débiter une démarche personnelle sur le plan psychologique. Des membres ont l'impression que ce projet sera attribué à l'équipe des Services psychosociaux adultes plutôt qu'à l'équipe de base.

*J'ai eu écho qu'il y aurait du groupe qui se ferait. (22, 11).*

*Notre cadre de programme avait déjà dit l'an passé qu'il y allait y avoir du groupe un moment donné, que ça s'en venait tout ça. Donc, je ne sais pas quand. (24, 43).*

*Je pense qu'il y a une possibilité de groupes qui s'en vient au niveau d'un groupe psychoéducatif aussi pour les dépressions et les troubles anxieux. Comment ça va s'articuler? Je ne le sais pas. [...] Quel type de support on va pouvoir leur apporter, je ne le sais pas non plus. C'est assez récent. C'est une intervenante au niveau de l'équipe Adulte qui va assumer ce mandat-là, je pense. (23, 15).*

Des membres de l'équipe, davantage au fait des projets à venir, expliquent qu'un projet de thérapie cognitivo-comportementale de groupe pour les personnes souffrant de dépression majeure sera bientôt disponible. Une intervenante de l'équipe de base a le mandat de travailler sur ce projet avec un collègue provenant de l'équipe AEO.

*On est en train de mettre sur pied un programme pour les gens qui souffrent de dépression majeure, un programme de groupe. [...] C'est sur trois ans, puis c'est beaucoup plus dans le cadre de la thérapie cognitivo-comportementale. (30, 15).*

Un programme de gestion de la maladie pour les personnes souffrant de troubles bipolaires pourrait être intégré éventuellement. Des membres rapportent qu'une formation en animation de groupe est prévue. Certains membres de l'équipe souhaiteraient être impliqués dans ces projets. Les propos émis par certains membres indiquent qu'en santé

mentale, au CLSC, offrir des services aux personnes souffrant de troubles transitoires a été porté au rang des priorités au cours des derniers mois.

*Ce qui urgeait le plus, c'était les gens qui n'ont pas de service au niveau des dépressions majeures et des troubles anxieux. Alors, on a focusé plus là-dessus. Comment on peut supporter ces gens-là en attendant l'intervention individuelle? Ça fait que par rapport à l'autre partie de la clientèle, plus la schizophrénie, ça, on a moins réfléchi. (30).*

### *Intervention*

*Une approche éclectique avant tout.* En dépit des indications sur la valeur de différentes approches thérapeutiques portées à leur attention, les membres de l'équipe réitèrent leur position, à savoir qu'il n'est ni réaliste ni souhaitable d'adopter une approche précise, découlant d'un modèle théorique quelconque. Aucune approche ne leur apparaît plus utile qu'une autre, hors l'approche systémique.

*On n'est pas une équipe très, très centrée sur un type d'approche, puis on s'en tient à ça de façon religieuse. On est, je pense, à peu près tous pareils. On se sert de différents aspects des approches, puis on conjugue avec ça. (23, 22).*

*Je regarde les approches qui ont été inscrites là. On fait déjà un petit peu tout ça. Je pense qu'elles devraient être toutes plus développées, mais je sais pas s'il y en a une qu'on devrait axer plus que les autres. (25, 17).*

*Si telle approche serait mieux ou telle autre approche, je ne sais pas. Moi, je pense qu'on obtient des résultats au moment où l'intervenante a sa propre approche, tirée des approches théoriques, mais se sent à l'aise, comprend bien les interventions qu'elle pose et sait quels résultats elle vise... [...] ... que ça soit un petit peu de chaque approche qui fait que c'est ton approche à toi. Ce n'est peut-être pas... probablement que les scientifiques me diraient que ce n'est pas une bonne explication! (rires). (23, 25).*

Des membres soutiennent que les différentes écoles de pensée et les interventions qui en découlent, devraient être considérées comme différents points de vue et non comme des vérités absolues. Il convient d'abord de maîtriser une ligne de conduite découlant principalement d'un modèle théorique compatible avec ses convictions, et de s'inspirer des autres dans les situations où ils apparaissent davantage indiqués.

*On peut concevoir les problèmes humains à travers différentes lorgnettes dont le cognitivo-béhaviorisme en est une. L'approche psychodynamique en est une autre, l'approche systémique en est une autre, l'approche humaniste en est une autre. [...] On est bon, entre guillemets, dans la mesure où l'on maîtrise une approche théorique quelle qu'elle soit. L'important, c'est d'être*

*bien dans ce que nous faisons et non pas épouser un modèle parce qu'il prétend qu'il bat un peu tous les autres. (21, 5).*

Au lieu d'opter pour une approche ou un modèle théorique quelconque, il apparaîtrait plus pertinent, selon des membres de l'équipe, de cibler et de décrire un ensemble de techniques à appliquer dans les situations problématiques fréquemment rencontrées. Par exemple, comment agir avec une personne qui présente des délires persistants? Comment recadrer des distorsions cognitives précurseurs d'un épisode d'hypomanie? Sans réinventer la roue, ces interventions pourraient être déterminées à partir des différents modèles théoriques ou écoles de pensée, qu'il s'agisse de thérapie cognitivo-comportementale ou autres. Elles serviraient d'outils aux intervenants.

*C'est plus de dire, bien, quelle technique d'intervention qu'on peut développer en fonction de tel type de problématique? [...] Je pense que c'est plus ça qu'on devrait cibler, plutôt qu'une approche globale qui chapeaute toute la clientèle. (26, 13).*

L'un des membres rappelle que l'une des recommandations du Comité aviseur consiste à encourager l'équipe de base Santé mentale, tout comme les autres équipes du CLSC d'ailleurs, à rédiger un *manuel de l'intervenant* qui contiendrait la description des interventions utilisées.

*Ce n'est pas écrit vraiment qui fait quoi. Ça fait que ça va être à préciser. Dans le cadre du Comité aviseur c'était une des recommandations. [...] Préciser dans les pratiques, tu sais, que dans le fond que telle technique serait utile pour telle clientèle. (30, 31).*

*L'approche systémique gagne du terrain.* Quelques membres de l'équipe participent actuellement à une session de formation d'une durée de 16 jours sur l'approche systémique. Ceux-ci considèrent qu'il s'agit d'une approche assez simple, accessible, déjà connue ou appliquée dans une certaine mesure par la majorité des membres de l'équipe, de même que par les autres équipes du CLSC. Certains ont intégré dans leurs pratiques quelques interventions découlant de l'approche systémique et se disent encouragés par les résultats. Constatant l'enthousiasme qu'elle suscite dans l'équipe, ils s'attendent que cette approche sera à même de les rallier.

*C'est positif, même si ce n'est pas rendu dans l'application de tous les jours, je pense qu'on a plus de chance de se rendre là, en voyant les gens qui aiment l'approche, puis qui se sentent bien avec. [...] À peu près tout le*

*monde de notre équipe, on a essayé. [...] L'approche systémique va être une approche qui va nous rallier, de ce que j'ai vu. (23, 23, 25).*

*Je sais qu'il y a des gens qui voyaient le client toujours tout seul, qui là, commencent à voir, si le client est accompagné, ils vont voir la personne, le client avec la personne qui l'accompagne. (30, 10).*

Par contre, des membres de l'équipe apportent un bémol en soulignant que, comme toutes les autres approches, l'approche systémique est incomplète. Certains besoins peuvent, par exemple, être davantage liés à des dimensions psychologiques ou biologiques, lesquelles sont moins prises en compte par l'approche systémique. Il s'agit d'une orientation imposée au CLSC, plutôt que vraiment choisie par les intervenants.

*Ça a ses côtés pertinents de voir la personne aussi en interaction avec son réseau, son milieu, ses ressources. Sauf que, encore une fois, c'est une dimension de ce que peut présenter la personne. On peut voir le systémique ou voir le psychologique aussi. On peut voir la dimension physique. Donc, l'approche systémique, oui, mais comme approche de base. Je ne suis pas nécessairement d'accord plus avec ça par exemple que s'ils avaient adopté une approche cognitivo-comportementale. De mon point de vue, c'est plus d'offrir des services spécialisés en fonction de la problématique que présentent les gens. (26, 12).*

*Certaines orientations ont quand même été prises, mais c'est pas par le Comité aviseur, mais c'est plus par la direction du CLSC. Nous, on achète l'approche systémique, on s'en va avec ça. (26, 31).*

Enfin, certains considèrent que l'approche systémique n'apporte pas vraiment de nouveau dans leur pratique.

*Moi, faire le tour, ça fait longtemps que c'est dans ma façon de faire. [...] La personne, son environnement immédiat... [...] ... les voisins, le réseau, les amis. [...] La roue n'a pas été réinventée. (28, 28).*

Une évaluation plus formelle. Des membres de l'équipe rapportent que l'évaluation psychosociale de la personne est maintenant faite de façon plus systématique, avec le soutien d'une grille établie, commune à tous les intervenants.

*L'évaluation va devoir se faire selon tel modèle. [...] Dans le sens où il va falloir qu'ils fassent une évaluation qui touche certains aspects. (30, 10, 11, 13).*

De plus, une évaluation plus poussée de la condition psychologique ou de l'état de santé physique ou mentale est maintenant possible dans les situations particulièrement ambiguës ou lorsque que les résultats de l'intervention demeurent mitigés. Des membres réitèrent leur position, à savoir qu'il appartient à l'intervenant de juger et d'identifier ce qui pourrait être fait de façon optimale pour aider la personne, de discuter avec elle pour déterminer comment l'intervention indiquée peut s'arrimer avec ses attentes, ses buts et sa motivation. Cette démarche va au-delà d'une réponse qui s'en tient strictement au besoin exprimé par la personne.

*Pas juste la demande de la personne aussi. C'est quoi le problème que nous on voit. [...] Qu'est-ce qui est important de cibler comme intervention en fonction de sa demande, en fonction de ce que nous on voit, puis de ce qu'elle est prête à travailler? Puis quelles sont les techniques qu'on va utiliser pour pouvoir travailler ces aspects-là? (26, 15).*

Des plans d'intervention mieux structurés. Des membres affirment qu'en plus d'une grille d'évaluation dûment remplie, un plan d'intervention comprenant des objectifs et les moyens envisagés pour les atteindre devra désormais apparaître au dossier. Il en est de même pour la signature du client attestant son consentement éclairé, une feuille de route, des bilans périodiques et la note de fermeture du dossier. On s'attend à ce que ces démarches obligatoires, supportées par des outils appropriés et une formation prévue pour très bientôt, permettront de mieux structurer l'intervention dans le respect de l'approche systémique

*Le plan d'intervention va devoir se faire selon tel modèle. [...] Ça va les amener à être beaucoup plus rigoureux dans leur méthode d'intervention. [...] Un plan d'intervention qui touche certains aspects aussi. Puis aller en fonction des objectifs de traitement qu'ils se sont fixés. (30, 10, 11, 13).*

Une intervention centrée sur la résolution de problèmes concrets, une évidence qui tend à s'imposer. Des membres de l'équipe considèrent que l'essentiel de leurs interventions consiste à résoudre des problèmes en rapport avec le fonctionnement dans la vie quotidienne. Bien qu'écouter avec respect le client demeure évidemment une règle fondamentale, des membres rappellent que les interventions doivent tout de même se situer dans un cadre plus directif que l'écoute active, puisque le suivi, axé sur la résolution de problèmes concrets, doit être aussi bref que possible. D'autres reconnaissent des limites au fait que l'intervention n'atteigne pas un niveau plus élevé de profondeur.



*On va vraiment travailler sur ce qui soutient un peu le fonctionnement quotidien. Je veux dire, on va s'assurer d'un certain bien-être, tant au niveau de la nourriture, a-t-il un logement convenable, son chèque est-il bien géré? Sa médication? [...] On va aller avec la famille, faire de la résolution de problèmes. [...] Ça, on va en faire beaucoup, mais on va faire aussi du support, puis de l'accompagnement... [...] ... par rapport à des choix de vie. [...] Mais on ne prend pas de thérapie. (23, 4, 8).*

*Il faut prendre le temps d'écouter où la personne est dans son processus, dans son cheminement. [...] C'est sûr qu'on ne fait pas... [...] ... l'approche humaniste... [...] ... dans le cadre du travail, de notre pratique, on ne peut plus se permettre, de toute façon de faire des suivis à longue échéance. [...] Ça va être plus directif. [...] C'est certain qu'on va aller vers un processus de solution assez rapidement. (24, 34, 35).*

*Il faut tout le temps raccourcir, que ce soit de plus en plus efficace à court terme, puis rendre des comptes et tout ça. Donc je trouve qu'un moment donné, les suivis durent moins longtemps, on peut moins aller en profondeur, puis finalement les gens reviennent tout le temps. Ça fait qu'en bout de ligne, je me dis que c'est peut-être pas mieux (rires). En tout cas! (25, 10)*

L'intervention plus axée sur le traitement de la maladie est moins du ressort de l'équipe, selon des membres. En regard du traitement pharmacologique par exemple, l'aide consiste essentiellement à soutenir la prise de la médication. On avoue que les connaissances de la plupart des membres par rapport à la médication sont assez faibles.

*On ne travaille pas sur le diagnostic, c'est sûr. On va travailler sur, justement ce qui en découle du diagnostic. On va supporter beaucoup au niveau de la prise de la médication par rapport à la maladie qu'ils ont. Mais non, on ne travaille pas sur le diagnostic, bien sûr. (23, 3).*

Quelques membres de l'équipe, autres que le psychologue, semblent davantage enclins à intégrer à leurs pratiques des interventions de nature psychothérapeutique.

*L'intervenant doit savoir que le client reproduit le modèle présentement de celui qu'il a été en tant qu'enfant. [...] Tu l'amènes à comprendre comment il fonctionne. C'est long, mais c'est efficace. (29, 46).*

Préserver l'intervention dans le milieu de vie. Des membres de l'équipe déplorent la tendance croissante de certains collègues à rencontrer les clients dans les locaux du CLSC dans le but d'augmenter le nombre de leurs interventions. Selon eux, ceci ne permet pas de gagner du temps ni d'être plus efficace puisque plusieurs clients, pour toutes sortes de raisons, manquent leurs rendez-vous. Le lien établi et la continuité du suivi s'en trouvent

compromis. De plus, rencontrer le client au CLSC plutôt que dans son milieu de vie limite l'accès à des renseignements déterminants dans la planification de l'intervention.

*On voulait regagner du temps, revoir plus de clients, et ce qui avait été suggéré, c'était qu'on les amène ici. [...] Moi je disais que non, ce n'est pas vrai parce que comme ils prennent de la médication, ils n'ont pas d'argent pour prendre l'auto... [...] ils ne se présentaient pas aux rendez-vous. Alors que moi, [...] je ne manque jamais un client parce qu'ils sont chez eux. [...] Au bout de la ligne, je suis regagnante dans le temps. Mais... [...] ... si on continue d'augmenter nos charges de travail, on n'aura pas le choix de les faire venir au CLSC. (29, 3).*

*Quand les gens vont sur le terrain [...] ils ont des surprises. [...] Le terrain nous confronte à un aspect de la réalité qu'on n'avait probablement pas vu, qu'on n'avait pas soupçonné. (21, 3).*

Consolidation du traitement des troubles de la personnalité. Les membres de l'équipe disent intervenir maintenant auprès des individus présentant une personnalité à structure limite dans le prolongement du programme de la Clinique sans murs. Leur implication se situe par rapport au suivi individuel. Ce programme structuré a eu comme effet, selon eux, d'améliorer de façon inestimable les interventions auprès de cette clientèle particulière. Les intervenants de la Clinique sans murs développent actuellement un programme de nature préventive s'adressant aux personnes qui présentent des traits de personnalité problématiques ou un trouble de la personnalité, mais dont l'importance ne requiert pas un suivi aussi intense et structuré que celui offert par le programme de la Clinique sans murs.

*On avait tout le temps peur. Est-ce que j'interviens ou est-ce que je n'interviens pas? Il va tu mettre sa vie en danger? [...] On mettait une énergie folle. Puis les résultats au bout, ils laissaient à désirer. Puis maintenant, avec la Clinique sans murs, j'ai vu des résultats. Je suis impressionnée. [...] Des dossiers qu'on pensait qu'on ne fermerait jamais, que j'ai fermés. (22, 24).*

Ambiguïté et réserves concernant le projet de psychothérapie de groupe pour traiter la dépression. Alors qu'il apparaît clair pour des membres qu'un programme de thérapie de groupe basé sur une approche cognitivo-comportementale sera très bientôt implanté, d'autres membres croient qu'il s'agira d'un groupe de psychoéducation. De plus, certains émettent des réserves, le groupe ne pouvant que compléter l'intervention individuelle selon eux, et non la remplacer. Une partie du travail ne peut se faire qu'en individuel. De plus, dans le contexte d'une petite région, certains mettent en doute la disposition des gens à

échanger sur des éléments de leur vie privée dans le cadre d'une psychothérapie de groupe. Certains membres supposent que les clients auront le choix entre l'approche de groupe ou individuelle.

*On a mandaté quelqu'un ici pour offrir des groupes de psychoéducation. Je ne sais pas si c'est pour les troubles anxieux ou les troubles de l'humeur ou pour les deux. [...] Ce sont des groupes qui s'adresseraient à des gens qui sont en attente de recevoir des services de la psychothérapie individuelle. Mais ce n'est pas la psychothérapie. [...] Enfin, c'est ce que moi j'en ai compris. (21, 20).*

*Les gens pourraient avoir tendance à faire du groupe pour passer plus de clients en même temps. Puis ça, je trouve que c'est un piège. Mais si le groupe est vu de façon complémentaire à l'individuel, moi je pense que ça va aider pour beaucoup. (22, 11).*

*Il y a des gens à qui ça plairait sans aucun doute. Mais bien des clients, je ne suis pas sûr, qui disent : non, moi je ne parlerai pas de mes affaires, ma vie privée à Pierre, Jean, Jacques. [...] Ça peut-être un obstacle, entre autres. Mais je pense que c'est un choix aussi. (21, 22).*

*... des particularités individuelles qu'on ne peut pas adresser nécessairement dans les rencontres de groupe, que je pense qui doivent être travaillées en individuel. Ça fait que le groupe, oui! Mais je pense qu'il faut faire attention. Il faut nuancer en fonction aussi des particularités de chaque personne. (26, 11).*

L'éducation des AVD bonifiée, mais trop peu de moyens pour accroître l'intégration socioprofessionnelle. Une éducatrice spécialisée a été réintégrée à l'équipe il y a quelques mois. Son intervention concerne plus précisément l'éducation dans les AVQ, les AVD et les habiletés sociales, ainsi que la réinsertion au travail et dans les loisirs. Elle intervient directement dans le milieu de vie de la personne. Plus souvent qu'autrement, elle entre en jeu comme deuxième intervenante auprès des clients, tandis que la travailleuse sociale poursuit son travail en lien avec la dimension sociale de la situation problématique. Un programme de groupe visant à développer les habiletés sociales pourrait éventuellement être mis sur pied.

Des membres de l'équipe font état de la difficulté d'intégrer les personnes atteintes de troubles mentaux graves dans un travail ou des activités sociales significatives, faute de ressources adaptées et de programmes d'aide gouvernementaux. Malheureusement, les préjugés constituent, encore aujourd'hui, un obstacle sérieux. Il importe d'intensifier le

soutien apporté à la personne durant la période où elle intègre un emploi ou des études et de soutenir le milieu qui l'accueille. Les différents secteurs et ressources existantes devraient offrir, en concertation, les meilleurs services possibles.

*Tu vas au devant pour aller te chercher un emploi et tu es subventionné. Ils proposent ça, mais c'est non, non, non. Il y a encore des préjugés par rapport à ça, il n'y a pas beaucoup de choix. Puis ils ont des listes d'attente. Emploi Québec aussi. Il n'y a rien d'adapté pour en santé mentale. [...] Apprendre à cuisiner, les tâches ménagères, ça c'est correct. Moi, c'est vraiment au niveau de l'intégration des loisirs et du travail que j'ai de la difficulté. (27, 11).*

*L'intégration socioprofessionnelle, soit au niveau des ateliers protégés. Allez voir dans ces créneaux-là s'il y aurait des choses qu'on pourrait développer. C'est une autre des recommandations d'ailleurs du Comité aviseur. [...] On n'a pas poussé ça encore. On est rendu là. (30).*

### *Interdisciplinarité*

*Des avancées par rapport à l'interdisciplinarité, mais encore du chemin à faire.*

Des membres de l'équipe rapportent que les travailleuses sociales ou les travailleurs sociaux interviennent de plus en plus fréquemment de façon conjointe avec l'éducatrice spécialisée ou avec l'infirmière. La collaboration établie avec les intervenants de la Clinique sans murs est source de satisfaction pour plusieurs. Le rôle de chaque intervenant s'est précisé, dit-on.

*... beaucoup plus clair, qui fait quoi. [...] Puis du support, je pense, intervenant à intervenant dans des disciplines différentes. Il y a beaucoup de respect. Ça, je pense que c'est une notion qui a évolué. (23, 34).*

D'autres membres donnent un avis différent en affirmant que l'interdisciplinarité ne demeure encore trop souvent qu'un vœu pieux. Le lien de confiance entre les membres est vu comme n'étant pas suffisamment développé pour vraiment travailler en équipe.

*On se dit toujours qu'il faut travailler en équipe, puis d'amener les cas en équipe, mais ça se fait toujours quand il y a un cas qu'on est vraiment mal pris, il y a le feu. [...] Sinon, chacun fait sa petite affaire. (22, 25).*

*Travailler en interdisciplinarité, pour moi, c'est vraiment une équipe qui travaille pour une personne. [...] Là, c'est des intervenants, individuellement, qui travaillent pour des clients individuels. [...] Pour travailler en équipe comme ça, je pense qu'il faut qu'il y ait la confiance, un sentiment d'appartenance. Il faut qu'il y ait une collaboration. Puis je pense qu'il n'y en a pas. (26, 20, 21).*

Un contexte peu favorable à l'interdisciplinarité. Des membres de l'équipe nomment différents obstacles à l'interdisciplinarité. La rareté des occasions d'échanger entre eux, un fardeau de tâches excessif, des postes à temps partiel et l'instabilité de la composition de l'équipe sont autant de facteurs qui découragent l'établissement de liens et de collaborations.

*Pour travailler en interdisciplinarité, il faut avoir du temps et on en a plus! (29, 47).*

*Il y a toujours des changements. Des gens qui se rajoutent, des gens qui s'en vont. [...] Travailler en collaboration quand ça change tout le temps, c'est plus difficile. Mais c'est comme ça. On n'y peut pas grand chose. (27, 25).*

Des membres déplorent l'interruption des sessions de *discussions de cas cliniques*, lesquelles avaient lieu aux six semaines. Celles-ci fournissaient des occasions d'approfondir l'analyse de situations complexes et d'enrichir les plans d'intervention en mettant à contribution les connaissances de chacun. Par contre, d'autres déplorent la faible implication de leurs collègues lors des discussions de cas cliniques.

*S'il y avait plus de rencontres, de discussions cliniques, qu'on pourrait avoir l'avis des autres, sans qu'ils interviennent nécessairement avec nous dans le dossier, pouvoir avoir l'avis de différents intervenants qui ont des visions différentes sur la situation. Je pense que ça serait bien. (27, 21).*

*On s'était dit... [...] ... qu'on se réunissait, puis que chacun amenait des dossiers. [...] Quand on en a, le monde n'apporte pas de dossier. Il était super de bonne heure, puis la réunion était finie. [...] Tout le monde dit que ça correspond à un besoin, mais tout le monde est tellement préoccupé par ses appels à retourner, ses notes à faire. [...] On se dit qu'on devrait le faire, puis on ne le fait jamais. (22, 27).*

Des membres de l'équipe proposent de remplacer la formule traditionnelle de discussions de cas par des discussions sur des thèmes d'intérêt, comme par exemple l'alliance thérapeutique. Il pourrait y avoir un partage libre des expériences et des questionnements en lien avec ce thème. Cette formule, utilisée lors des *rencontres bilan* faites dans le cadre de la Clinique sans murs, s'avère particulièrement satisfaisante.

*Les gens aiment ça, parce qu'on discute de thèmes. Puis à travers la discussion de ces thèmes-là, les gens peuvent parler de leurs clients, des situations qu'ils rencontrent. [...] Par exemple, on a parlé de contre-transfert. [...] À date, ça fonctionne bien. [...] Des grosses présentations formelles de clients, puis de faire des discussions de cas cliniques, moi, je sais bien que je suis pas trop favorable à ça. (26, 21, 22).*

Des membres disent regretter l'arrêt des *Dîners de la connaissance*, soit des sessions formatives où tous les intervenants du CLSC sont invités. Tout en manifestant de l'intérêt pour la reprise de ces activités, plusieurs, cependant, hésiteraient à se porter volontaires pour les organiser, compte tenu du travail supplémentaire que cela exigerait.

*Je ne serais pas volontaire moi, donner ça. Je suis volontaire à aller participer par exemple (rires). [...] Mais animer ça? [...] Ça doit être de la préparation! (27, 29).*

Des membres situent leur besoin de travailler en équipe surtout dans l'action plutôt qu'à l'intérieur de lieux et de moments bien définis.

*C'est difficile dans les réunions. C'est pas là qu'on a besoin de l'interdisciplinarité, c'est dans l'immédiat. On a une situation difficile, c'est pas trois semaines après qu'on a besoin de conseils. (28, 32).*

Le co-développement, une stratégie à considérer. Les membres de l'équipe adhèrent aux principes de co-développement pour enrichir leurs discussions lors des réunions de concertation clinique. Plusieurs membres ont suivi une formation sur cette démarche. Ils expliquent qu'il s'agit d'un processus, en équipe, basé sur des règles précises. Un intervenant expose d'abord la situation, tandis que les autres écoutent et cherchent à mieux comprendre le problème et la position de l'intervenant par rapport à ce problème. Des hypothèses de solutions sont explorées en groupe. Il appartient à l'intervenant qui a exposé la situation de décider de ce qu'il retient. Selon certains, un lien de confiance plus fort entre les membres de l'équipe devra être développé pour pouvoir vraiment appliquer avec succès cette démarche dans l'ensemble. D'autres préfèrent ne pas se prononcer sur la question, faute d'avoir suivi la formation.

*Il y a comme un climat de confiance à installer d'abord, pour ensuite en arriver à faire du bon co-développement. [...] Pas aller trop loin. On n'est pas entrain d'essayer de psychothérapeutiser la personne là! (24, 40).*

*Le co-développement, ici, ça été comme mitigé un petit peu de la part des intervenants. [...] Ça commence à émerger. [...] Ça pourrait être une façon très intéressante d'organiser leurs réunions de concertation clinique. (30, 21).*

Préciser les rôles spécifiques des membres de l'équipe. Des membres mentionnent qu'une approche interdisciplinaire n'est pas justifiée pour tous les clients. Tous les

intervenants peuvent, dans une certaine mesure, faire une évaluation globale des besoins de la personne, assurer un suivi psychosocial et répondre à des besoins de santé. Dans les situations complexes, les différents types de compétences pourraient être mieux exploités, en autant que les rôles spécifiques des membres de l'équipe soient précisés en fonction de leur discipline respective, ce qui rejoint l'une des recommandations du Comité aviseur. De façon générale, il ressort que la travailleuse sociale est identifiée comme étant la professionnelle la mieux habilitée à répondre aux besoins de base et de sécurité de la personne, comme par exemple la conservation d'un logis, la reconstitution d'un réseau social, la réintégration socioprofessionnelle, etc. Le psychologue est le mieux placé pour faire une évaluation de l'état psychologique ou de la personnalité, et de la psychothérapie. La contribution de l'infirmière et de l'éducatrice spécialisée est vue, par certains, comme un soutien pour autres intervenants. Les fonctions de l'infirmière sont surtout rattachées au maintien et au recouvrement de la santé physique et mentale de la personne : examen physique, enseignement et suivi par rapport à la santé physique et au traitement pharmacologique, en collaboration avec un médecin ou un psychiatre. Quant au rôle de l'éducatrice spécialisée, il est principalement associé aux apprentissages concrets des AVQ, des AVD et des habiletés sociales.

*... un travailleur social par exemple ou un psychoéducateur qui donne des services plus de base, au niveau de la gestion des activités de la vie quotidienne par exemple, un psychologue qui aurait peut-être à faire un travail d'évaluation, de voir de quelle façon la personne fonctionne au niveau de sa personnalité, au niveau des processus cognitifs. Une infirmière peut être au niveau du suivi médical, la pharmacologie, les médicaments. (26, 7).*

*Je peux avoir un client au niveau de l'intervention psychosociale, puis l'éducatrice va travailler beaucoup plus au niveau du développement des habiletés, accompagnement dans le quotidien, tout ça. Et ça, je pourrais dire qu'il n'y a pratiquement plus, ou bien à mes yeux, plus de confusion dans les rôles. (23, 20).*

Malgré une harmonie apparente, quelques commentaires émis indiquent des positions divergentes sur le plan des fonctions occupées de part et d'autres.

*Même au niveau des mots, on ne s'entend pas. [...] ... notre vocabulaire n'est pas le même. (29, 54).*

*L'infirmière, elle, elle voit uniquement les personnes qui ont besoin de pansements, de choses physiques. Elle fait aussi, mais ça c'est un tort, elle fait aussi du travail social, mais elle ne devrait pas le faire. (29, 49).*

*On est rendu à définir le rôle de l'infirmière. C'est touché. Puis moi, j'arrive avec l'exercice, avec la loi 90, les modifications. [...] Je trouve que mon rôle n'est pas facile à définir. (28, 30).*

Des réserves envers la fonction du conseiller clinique. Des membres de l'équipe expliquent que la contribution du conseiller clinique est sur le point de changer. De façon similaire à toutes les équipes impliquées dans l'intervention psychosociale au CLSC, son rôle consistera essentiellement à aider les membres de l'équipe à planifier et à structurer leurs interventions de façon plus rigoureuse. Les intervenants devront se soumettre obligatoirement à cette supervision dans le cadre de rencontres mensuelles. Des membres croient que l'attribution récente de cette fonction au psychologue permettra de resserrer les liens entre lui et les autres membres de l'équipe. Ils y voient également une possibilité de se prévaloir d'un éclairage utile dans des situations complexes.

*Ce cadre-là va être soutenu par des conseillers cliniques qui vont avoir une forme de supervision qui va être obligatoire pour les membres. [...] ... structurer comment les gens travaillent. [...] ... faire des objectifs clairs, mesurables, précis. Je pense que de prime abord, ça va être beaucoup plus ça qu'au niveau du support clinique dans une notion comme l'interdisciplinarité. (30, 14, 26).*

D'autres membres de l'équipe ont une vision moins optimiste car, selon eux, étant donné que les problèmes vécus par les intervenants rejoignent parfois davantage le champ d'expertise d'autres professionnels que celui du psychologue, c'est plutôt le partage des connaissances entre tous les membres de l'équipe qui devrait être encouragé.

*C'est notre conseiller clinique, puis nous autres, on travaille beaucoup avec le systémique, puis lui n'est pas formé dans cette approche-là. (22, 27).*

*Mon dossier, souvent, c'est pas l'aspect psychologique que j'ai besoin, d'un psychologue qui va regarder l'ensemble de la question. Mais j'ai besoin du point de vue d'un travailleur social, ou d'un médecin, ou de l'éducatrice, ou quelqu'un d'autre ou quelqu'un du SIM. (28, 33).*

Des besoins de formation réitérés. Des membres de l'équipe réitèrent, lors de ce deuxième cycle d'entrevues, leurs intérêts pour des formations diverses. Entre autres, certains souhaiteraient augmenter leurs connaissances sur les psychopathologies pour enrichir les interventions de nature psychoéducative, lesquelles sont vues comme allant de pair avec la responsabilisation de la personne. D'autres membres expriment un intérêt pour



développer des compétences par rapport à une approche plus spécifique. Certains aimeraient consolider leurs interventions auprès des clients traités à la Clinique sans murs et des personnes vivant diverses problématiques en étant mieux formés en thérapie cognitivo-comportementale. L'intervention auprès de la famille revient également comme thème d'intérêt pour quelques cliniciens.

*On travaille fort, puis on fait notre possible pour aider les clients. Mais je pense que si on pouvait être formé pour développer une approche plus spécifique, ça pourrait être bien intéressant, puis utile. (22, 20).*

*Tu utilises des approches qui sont larges. Ça fait qu'un moment donné, on risque de se perdre là-dedans. Ça fait que moi, oui, quelque chose de plus précis! (22, 22).*

Des membres croient que tous les intervenants qui vont au domicile des clients devraient avoir de la formation sur les techniques d'autodéfense et d'intervention dans les situations susceptibles de dégénérer en comportements violents ou en perte de contrôle. Ceci vaut d'autant plus qu'ils ont à intervenir davantage auprès des personnes présentant un traumatisme crânien ou des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. De même, des membres expriment le besoin d'être davantage formés pour intervenir auprès de cette clientèle aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Si les équipes *se lancent la balle*, dit-on, c'est peut-être bien en raison du manque de ressources adéquatement formées.

*Il y a des critères nouveaux d'admissibilité maintenant. Dans ce que j'ai vu, on reprend les traumatisés crâniens... [...] ... avec alcoolisme. [...] Je suis pas formée pour travailler avec les alcooliques. [...] Qu'on m'en donne des outils. Ne t'inquiète pas, on va s'organiser. Que les partenaires avec les alcooliques, les psychiatres, leurs psychiatres, puis leurs médecins, le SAT viennent nous dire comment agir avec eux autres au lieu qu'on se le pitch continuellement. (29, 10).*

Des membres de l'équipe suggèrent plutôt d'encourager les cliniciens à se former sur ce qui les intéresse. Différentes forces pourraient ainsi se cumuler dans l'équipe.

#### *Partenariat*

*Une collaboration accrue avec les partenaires du CLSC, mais encore du chemin à faire.* Des membres de l'équipe rapportent qu'un Comité interprogrammes contribue à créer plus d'ouverture entre les équipes en précisant leurs rôles complémentaires et exclusifs, ainsi que des modalités de collaboration. L'idée que les intervenants des autres programmes

développent des compétences en santé mentale et s'impliquent davantage dans ce créneau fait du chemin. Les responsables des autres programmes sont maintenant sensibilisés à l'importance de leur implication dans les situations problématiques liées à la santé mentale relativement simples et fréquentes. Les infirmières des équipes Soutien à domicile et Soins courants apportent une contribution accrue dans les soins des personnes atteintes d'un trouble mental dont la condition est stabilisée. La tendance à référer les clients dès qu'un diagnostic de trouble mental est posé s'atténue.

*Comme un trouble bipolaire... [...] ... puis que c'est stable, ce n'est plus un critère pour rester en santé mentale. Ils sont transférés au soutien à domicile. Puis ça été beaucoup de travail d'acceptation du soutien à domicile. Ce n'est plus parce qu'il y a un problème de santé mentale dans un dossier qu'il y a un transfert. Les infirmières, elles ont la capacité de gérer ces choses-là, gérer la médication. Ce n'est pas exclusif en santé mentale. (28, 11).*

*Ils en font un bout avant de venir. [...] J'ai beaucoup moins cette sensation-là que les gens des autres équipes veulent nous passer tous les dossiers en santé mentale. (23, 41).*

Le partenariat avec l'équipe Jeunesse-enfance-famille augmente progressivement, bien que les suivis conjoints demeurent assez rares, selon des membres de l'équipe. Tous réaffirment que les équipes du CLSC pourraient collaborer davantage.

*Ça peut être un suivi conjoint aussi dans le fond, qu'il soit suivi en enfance-famille et en santé mentale. On ne trouve pas ça souvent. [...] C'est un peu la même chose avec soutien à domicile. Je pense qu'il y a beaucoup de dossiers qui pourraient être en commun, puis qui ne le sont pas. (25, 7).*

Un rôle de consultant pour les équipes du CLSC. Des membres réitèrent l'idée qu'ils pourraient tenter de trouver des moyens pour aider les collègues des autres équipes à développer leurs compétences à intervenir auprès des personnes atteintes de troubles mentaux.

*Il y a un partenariat à développer pour aller supporter les programmes ou les gens alentours dans le comment intervenir auprès de ces clientèles-là. (30, 7).*

Se faire connaître davantage des partenaires des services de deuxième ligne. De façon générale, il importe, selon les membres de l'équipe, de faire connaître à l'ensemble des partenaires les services qu'ils offrent. Produire un dépliant informatif à cet effet est suggéré. Des membres se disent satisfaits des collaborations qu'ils ont avec les

professionnels de la Clinique externe de psychiatrie, celles-ci leur apparaissant beaucoup mieux rodées. En revanche, d'autres jugent comme une priorité l'amélioration du partenariat avec ce service, en renforçant notamment la crédibilité de l'équipe auprès des psychiatres et en connaissant mieux la source de leurs insatisfactions. Certains croient que la possibilité de rejoindre les psychiatres directement, sans le biais d'une infirmière de liaison par exemple, permettrait d'accroître la continuité des interventions.

*Je pense que c'est de toujours de continuer à travailler sur la confiance, puis la crédibilité, si on veut améliorer. [...] Est-ce que les gens à l'hôpital ont développé, avec les années, une bonne confiance en nos services? Est-ce qu'ils nous sentent crédibles? [...] Ce qui n'aide pas, c'est la liste d'attente. (23, 39).*

*C'est peut-être une méconnaissance justement de ce que chacun fait. [...] L'approche psychiatrique est beaucoup plus une approche avec les médicaments. Ils font de l'intervention aussi un peu psychologique, même un peu psychosociale pour certains psychiatres-là, mais souvent ils ont peut-être la méconnaissance de ce qui est fait au niveau de l'intervention au CLSC, puis une méconnaissance tout simplement parce qu'il n'y a pas de contact, puis qu'il n'y a pas de liens, puis qu'il n'y a pas de continuité au niveau des soins. (26, 32).*

Le partenariat avec les organismes communautaires, quelques avancées, mais surtout des besoins d'ajustements. Le lien avec l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) s'est effrité aux dires de certains membres. Les activités de cet organisme ciblent maintenant des personnes qui ont des troubles légers plutôt que celles qui ont des déficits cognitifs liés à un trouble mental grave. Les activités proposées répondent moins aux besoins de la clientèle visée par l'équipe.

*Ils ont restreint beaucoup leurs critères. Puis des gens qui ont des problèmes, des déficits cognitifs par rapport à leur schizophrénie, ça fait qu'ils n'ont plus leur place là. [...] Moi, en tout cas, dans les miens, ils n'y vont plus. [...] Ils n'en n'ont pas d'intégration. C'est justement, il n'y a plus de lieu. (28, 42).*

Les membres de l'équipe reconnaissent que le partenariat avec les organismes communautaires en général pourrait être intensifié. La présence de l'éducatrice spécialisée, qui travaille régulièrement avec les différents partenaires dans la communauté, ainsi que l'avancement de l'implantation de l'approche systémique sont reconnus comme facteurs facilitant la consolidation des collaborations.

*J'ai à travailler avec les gens du réseau communautaire et j'adore ça. Ça fait que pour moi, ça a tout à fait un sens. Ça va un peu en lien avec l'approche systémique aussi qui me parle beaucoup. (24, 41).*

Les collaborations avec d'autres partenaires : des liens à consolider. Il y aurait lieu, selon certains, de préciser le rôle des partenaires impliqués auprès des clientèles particulières, comme par exemple les personnes âgées, celles ayant des problèmes de toxicomanie, les victimes de traumatismes crâniens, etc. Des intervenants d'autres organismes (le SAT, le CRDI, Interaction) se sont joints récemment au Comité d'accès pour discuter des services à rendre à ces personnes. De façon très positive, ceci indique que des liens se tissent progressivement.

Des membres de l'équipe précisent qu'il convient maintenant de parler d'intersectorialité plutôt que de partenariat, puisque que plusieurs problématiques interpellent d'autres secteurs que celui de la santé. Tandis que les interventions de l'équipe se situent plus spécifiquement en rapport avec la santé mentale, les intervenants d'autres secteurs, comme par exemple ceux de l'emploi, du logement ou du transport, pourraient mettre à profit, en concertation, leur champ de compétences respectif. Ceci permettrait d'optimiser les interventions produites de part et d'autre. L'établissement de ponts et d'outils, tel que le *Plan de services intégré* (PSI), est essentiel.

*Si quelqu'un a un problème d'alcoolisme important, si c'est ça la majeure, bien on va lui dire : il faudrait peut-être que tu ailles demander de l'aide pour ça d'abord. Mais j'ai des clients qui ont des problèmes d'alcoolisme, puis ce n'est pas nécessairement ce qu'on va travailler en suivi ici, parce qu'on n'est pas spécialisé (rires) à ce niveau-là. Mais on ne les refusera pas nécessairement. Mais c'est sûr que ça, c'est leur perception. (25, 6).*

*Ça, pour moi, ça passe par des outils, ça passe entre autres par des plans d'intervention intégrés. Par des plans de services, des PSI, des plans de soins individualisés, des plans de services individualisés. (30, 26).*

Des membres rapportent les réalisations produites par le *Plan d'action local* (PAL), instance réunissant les organismes communautaires et les autres ressources en lien avec la santé mentale. Les travaux de cette instance auraient permis d'obtenir un montant d'argent assez important pour la création de logements sociaux. Un autre projet achevé est le montage de trousse de départ (articles ménagers et autres objets) offertes aux clients qui s'apprêtent à vivre en appartement. Un sous-comité du PAL, voué à l'intégration

socioprofessionnelle, serait sur le point de débiter des travaux. D'autres projets à venir concernent l'accessibilité aux transports. Ceux qui maintiennent ce point de vue ajoutent que, bien que des membres de l'équipe puissent en être plus ou moins au fait, tous ces changements affecteront leur travail, puisqu'il s'agit d'améliorations concrètes des conditions de vie de leur clientèle.

Des conditions peu favorables à l'établissement de partenariat. Des membres de l'équipe défendent le fait que l'établissement de liens et de collaborations exige du temps, ce qui va à l'encontre de la tendance actuelle à mettre l'accent sur la quantité d'interventions produites et sur le roulement des clients.

*Il y a comme un double discours... [...] On s'attend à ce que ça roule, puis que les services marchent rondement. Mais en même temps, on dit qu'il devrait y avoir une meilleure collaboration. [...] Mais, ça demande plus de temps. C'est pas toujours cohérent ce qui est envoyé comme message. [...] Il y a un effort de volonté quand même qui est là. Il y a différents comités qui existent. Mais est-ce que c'est très efficace? J'en suis pas certain. (26, 25).*

#### *Réflexions de la chercheuse durant cette quatrième étape*

Une transformation plutôt modeste. Avant d'entreprendre ce deuxième cycle d'entrevues, la chercheuse prend soin de retourner préalablement à chacun des membres l'ensemble des données. Pour en faciliter l'examen, celles-ci sont présentées de façon à mettre en parallèle, en trois colonnes, les perceptions des membres au départ, les points de vue des partenaires et les notions théoriques. Malgré l'emploi du temps chargé des cliniciens, elle s'attend à ce que ceux-ci lisent les documents qu'elle leur soumet, qu'ils y réfléchissent et qu'ils développent ou reconsidèrent leurs positions. Elle souhaite stimuler leur curiosité sur des pratiques novatrices, susciter leur intérêt et leur motivation pour de la formation et du changement. D'entrevue en entrevue, la chercheuse s'étonne du peu d'enthousiasme démontré par les membres de l'équipe par rapport à toutes ces données qui, de son point de vue, sont parfois fort éloquentes. Les membres lui apparaissent peu interpellés par les écarts mis en évidence entre leurs points de vue et ceux provenant de leurs partenaires ou des éléments tirés des écrits. Elle éprouve une déception en constatant qu'en dépit de tout le travail accompli, la majorité des membres maintiennent un point de vue quasi similaire à celui exprimé lors de la première entrevue, ou bien une idée vague des changements qui pourraient, éventuellement, être envisagés. Elle aurait aimé percevoir,

chez les membres, une plus grande ouverture pour la réflexion et le questionnement sur les écarts relevés, ainsi qu'une intention de s'engager dans un processus de changement en vue d'améliorer leur pratique.

*Quel est le pouvoir réel des membres de l'équipe?* La chercheure s'attend à ce que les membres de l'équipe, comme professionnels de la santé, défendent des positions précises sur les types d'interventions ou de programmes à implanter pour mieux répondre aux besoins des clientèles. Elle s'attend à ce qu'ils revoient les clientèles à desservir, les façons de le faire, en reconsidérant les besoins de la population et les ressources disponibles. Elle s'étonne de constater que plusieurs membres n'ont, en fait, qu'une vague idée de projets, notamment les groupes pour les personnes présentant des troubles de l'humeur qui, pourtant, aux dires de certains, sont sur le point d'être implantés. Elle est également surprise de l'écart entre les améliorations importantes rapportées par certains et l'impression de pareil au même exprimée par d'autres. Elle se demande quel est l'effet de directives strictes, telle l'obligation d'accomplir une démarche systématique avec des outils imposés et encadrée par un conseiller clinique. La chercheure demeure préoccupée par le fait que de nombreuses questions sur lesquelles elle invite les membres de l'équipe à réfléchir sont discutées parallèlement à d'autres instances (Comité aviseur, Comité interprogrammes CH-CLSC). Comme il s'agit d'instances qui détiennent un pouvoir sur les aspects organisationnels et cliniques, ces travaux ont-ils un impact sur la motivation des membres de l'équipe à s'engager dans des voies de changement? Ce contexte peut-il entraîner une tendance à se situer dans l'attente de ce qui va se passer plutôt que de vraiment prendre part aux décisions?

Tout au long des entrevues, la chercheure ressent chez des membres de l'équipe une certaine réserve ou retenue. Elle sent parfois des tensions rapidement évincées par un discours rationnel ou évasif. Elle ressent parfois de la méfiance soulevée par certains thèmes. Par exemple, un membre de l'équipe invité à s'exprimer sur l'intervention auprès des personnes atteintes d'un trouble transitoire semble étonné et demande en riant nerveusement d'où provient cette question. Un autre préfère ne pas *s'avancer* sur les questions concernant le concept de service spécialisé versus service de base. La chercheure a l'impression que le non-dit sert à préserver un certain équilibre atteint parmi les membres de l'équipe. Éviter de critiquer et le respect absolu de la liberté de chacun lui semble parfois

faire partie des règles implicites. Il est possible par contre que la méfiance des membres puisse provenir de l'exercice réalisé lors la première étape de l'étude durant laquelle des controverses ont été exposées ouvertement dans l'équipe.

Cette méfiance pressentie par la chercheuse chez les membres de l'équipe, si elle existe vraiment, va à l'encontre de la méthodologie constructiviste à la base de l'étude. La démarche devrait permettre une mobilisation des acteurs, une remise en question des idées, des débats et une recherche de consensus. La chercheuse a l'impression que les membres pourraient utiliser bien davantage l'occasion créée par cette étude pour faire valoir leurs points de vue. À certains moments, elle a l'impression de passer à côté de l'essence même de cette longue démarche qui apparaissait au départ si prometteuse. Quoi qu'il en soit, il apparaît à la chercheuse qu'il convient de respecter la dynamique propre à cette équipe. Insister davantage irait à l'encontre du contrat établi au départ. Elle continue d'accompagner l'équipe, de recevoir avec ouverture les points de vue de chacun, tout en respectant les limites qui semblent s'installer.

S'agit-il au fond d'une équipe unidisciplinaire? L'idée que l'équipe de base, mandatée du suivi dans la communauté, soit quasi unidisciplinaire vient parfois à l'esprit de la chercheuse. L'équipe, mis à part le Service de psychothérapie et la Clinique sans murs, ressort comme un groupe de travailleuses sociales ou de travailleurs sociaux voués essentiellement au maintien des personnes dans la communauté, auquel se joint une éducatrice spécialisée qui assure un prolongement de l'apprentissage des AVQ et des AVD. La chercheuse se demande si l'infirmière, se sentant possiblement un peu isolée et hésitante à mettre de l'avant sa spécificité sur le plan professionnel, n'a pas tendance à adopter le même modèle psychosocial que celui de ses collègues. Aussi, il arrive souvent que des répondants désignent l'équipe par le vocable *les travailleuses sociales*.

Les approches psychothérapeutiques d'un côté, et de l'autre, l'intervention sur le terrain. La chercheuse a l'impression que des membres s'appliquent à défendre une distinction nette entre le monde de la *psychothérapie* et celui du *travail concret dans la communauté*. D'un côté la psychothérapie constitue un service spécialisé. De l'autre côté, l'approche systémique correspond à une approche générale et accessible. Chacun son monopole on dirait. Sans que ces choses soient nommées ouvertement, il semble que les

propos de quelques membres de l'équipe qui, sans être psychologues, prétendent intervenir en s'inspirant des courants psychodynamiques ou d'une approche cognitivo-comportementale par exemple, ou qui démontrent un intérêt en ce sens, ne semblent pas vraiment crédibles aux yeux de quelques autres collègues.

La chercheuse doute que l'intervention soit aussi éclectique que l'affirment des membres de l'équipe. Elle a tendance à croire que les approches reconnues pour leur efficacité dans le traitement des troubles anxieux et des troubles de l'humeur sont plus ou moins connues. Il lui semble que les personnes atteintes d'un trouble transitoire ne peuvent actuellement trouver dans la région des traitements reconnus comme étant les plus efficaces, outre la médication. Elle tente de réajuster ses attentes vis-à-vis l'équipe, mis à part le Service de psychothérapie et la Clinique sans murs, en considérant son rôle comme essentiellement centré sur la résolution de problèmes concrets en vue de maintenir dans leur milieu de vie les personnes atteintes d'un trouble mental grave, plutôt que sur la continuité des traitements des troubles mentaux.

*La place du médecin, un siège qui tend à demeurer demi occupé.* Le médecin attitré à l'équipe décline l'entrevue individuelle faute de temps. La chercheuse lui transmet au fur et à mesure tous les documents produits et l'invite à lui transmettre ses commentaires selon sa convenance (téléphone, courrier électronique ou autres). L'implication du médecin dans l'équipe n'apparaît pas aussi soutenue que s'en attendait la chercheuse. Elle croit qu'ainsi, les données se rapportant à la dimension de la santé physique et des traitements pharmacologiques demeureront manquantes dans l'étude. Le fait de retrouver ce type d'intervention parmi celles décrites dans le modèle émergent peut laisser croire qu'elles occupent une place aussi importante que les autres types d'intervention. En fait, cette dimension est bien peu abordée dans les entrevues, ce qui amène la chercheuse à se demander dans quelle mesure l'intervention est vraiment biopsychosociale.

#### *Résumé des données récoltées à la quatrième étape*

Il ressort de ce deuxième cycle d'entrevues réalisé auprès des membres de l'équipe que, selon eux, l'énoncé du modèle d'intervention reflète assez bien leur réalité. Certains membres rapportent des améliorations apportées depuis la première série d'entrevues. Il



s'agit principalement de la précision des besoins et des clientèles ciblés, l'intensification de la responsabilisation de la personne comme valeur à la base de l'intervention, des plans d'intervention plus structurés, des avancées par rapport à l'approche systémique et de la consolidation de la Clinique sans murs. Cependant, le vocabulaire relatif aux niveaux et à l'intensité des services demeure difficilement applicable et trop changeant selon des membres, tandis que d'autres le jugent satisfaisant pour orienter les clients. Des membres expriment de l'insatisfaction par rapport à la lourdeur de la tâche qui augmente sans cesse et à la liste d'attente qui s'allonge. Dans ce contexte, l'examen ou l'implantation de pratiques novatrices sont souvent perçus comme étant peu réalistes. On défend une approche dite éclectique, une intervention centrée sur la résolution de problèmes concrets dans le milieu de vie. L'implantation de programmes de thérapie de groupe pour traiter les troubles de l'humeur et les troubles anxieux est prévue, mais, selon des membres de l'équipe, les décisions concernant leur implication sur ce plan ne sont pas arrêtées. On rapporte de légères avancées par rapport au travail en interdisciplinarité et au partenariat, mais beaucoup d'ajustements reste à faire, et ce, dans un contexte peu favorable.

### **Cinquième étape : recherche de consensus entre les membres de l'équipe**

La cinquième étape correspond aux rencontres des membres de l'équipe réalisées en vue d'établir un consensus sur le plus grand nombre de points possible (voir figure 6). Cette étape est décrite en détails dans le chapitre précédent. Rappelons que quatre grandes rencontres ont formellement été planifiées. Comme il est devenu de plus en plus difficile de réunir tous les membres au même moment, la chercheure a proposé à l'équipe de rencontrer ceux qui ont été absents à ces rencontres, quelques jours après que celles-ci avaient eu lieu. Ainsi, à la suite de la première rencontre formelle, trois personnes qui n'avaient pu être présentes ont rencontré ensemble la chercheure quelques jours plus tard. Ce compromis s'est également produit à la suite de la quatrième et dernière rencontre formelle, où deux rencontres supplémentaires ont permis de compléter le processus avec trois autres membres de l'équipe. Au total, sept périodes de travail ont donc été réalisées (voir tableau 2).

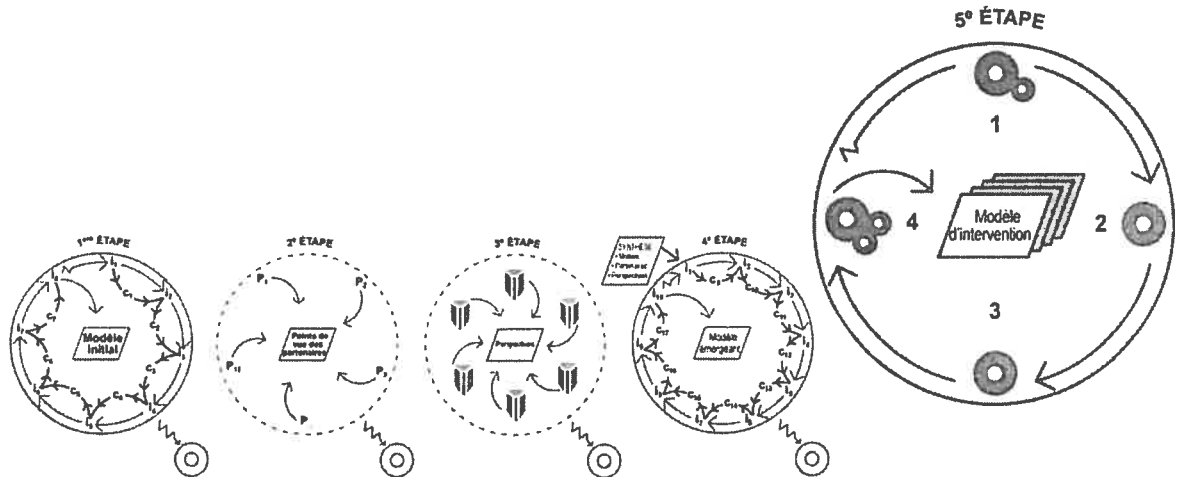


Figure 6. Cinquième étape

Rappelons que cette étape a été soutenue par un important outil de synthèse qui se transformait tout au long des rencontres. Cette synthèse comprenait, dans la première colonne d'un tableau, une proposition du modèle émergent rédigée par la chercheuse. Cette version se voulait la plus près possible de la perspective des membres de l'équipe. Vis-à-vis des différents thèmes du modèle, étaient inscrits les éléments à considérer dans la recherche d'un consensus, à savoir les points de vue convergents ou divergents tirés de l'ensemble des données (membres de l'équipe, partenaires et écrits). Cette synthèse écrite, régulièrement mise à jour, était remise à chacun des membres quelques jours avant les rencontres. Tous et toutes étaient donc en mesure de suivre au fur et à mesure la transformation du modèle. Les membres rencontrés en dehors des rencontres formelles étaient mis au courant des propos qui avaient été exprimés par leurs collègues, et ce, toujours avec le soutien de la synthèse qui comportait les points de vue les plus récents.

Un consensus a été rapidement établi, sans discussion, sur plusieurs éléments de la version proposée du modèle. Certains points ont fait l'objet d'un consensus que l'on pourrait qualifier d'imparfait. Par exemple, le consensus était établi en dépit du fait que la confusion par rapport à certains points n'était pas tout à fait dissipée. Dans d'autres cas, un consensus ressortait, mais c'était plutôt le contexte jugé défavorable qui devenait l'obstacle à l'intention manifestée par les membres. Et enfin, le consensus n'a pu être atteint sur quelques points. Nous avons choisi de ne pas présenter en entier les différentes versions du

modèle apparues au cours de son émergence étant donné le nombre de pages énorme qui a résulté de cet exercice et de la redondance que cela aurait entraînée. Par contre, nous rapportons les énoncés ayant soulevé des discussions ou qui ont abouti à une impasse. Les réflexions de la chercheuse sont présentées à la suite de ces différents thèmes qui ont marqué le processus réalisé. La version finale du modèle, issue d'un consensus, est présentée intégralement à la fin de cette section.

### *Processus de négociations*

#### *Contraintes à l'énonciation d'un modèle d'intervention satisfaisant*

Formuler de façon juste et claire un modèle d'intervention unificateur est perçu par les membres comme un exercice complexe en raison des croyances, des modèles de référence et des pratiques qui diffèrent d'un clinicien à l'autre. S'ajoute à ces difficultés la confusion qui entoure les concepts fondamentaux dans le champ de la santé mentale, l'imprécision des mandats attribués à l'équipe et le caractère hétérogène de la clientèle.

*Ça illustre bien toute la complexité des interventions au niveau des problématiques en santé mentale. [...] Dans le fond, autant d'interventions différentes que tu vas avoir d'individus. (C6, 28).*

*Il y aura toujours des exceptions. C'est pour ça d'ailleurs qu'on a eu tant de misère à se faire un modèle. C'est que nous, on s'est accroché les pieds dans les exceptions. [...] ... faire quelque chose qui va comme tout englober, c'est comme probablement mission impossible. (C2, 8, 11).*

*- On se définit! Puis après ça, ça change! C'est décourageant!*  
*- Les autres nous définissent (rires).*  
*- Nous indéfinissent! Nous autres, on se redéfinit, puis eux autres nous indéfinissent (rires).*

En cours de route, des membres rapportent que le manque de temps et les changements fréquents de la composition de l'équipe se posent comme contraintes à la consolidation d'un modèle vraiment satisfaisant. Le contexte où il manque de services essentiels dans la communauté, tels que le travail adapté ou l'aide pour le logement par exemple, ou encore des services spécialisés sont relevés comme autres difficultés.

*Ce sont des clients qui déménagent souvent. Puis ici, on n'a rien. [...] Ça fait qu'on prend nos petits bras, comme à matin, puis comme demain, puis on déménage les gens! (C3, 31).*

*L'alcoolisme, la toxicomanie, une personnalité antisociale, il n'y a pas ben des places où qu'on peut les référer. (C3, 48).*

### *Le nom du modèle et sa définition globale*

Dans le modèle émergent, sont proposés les différents noms suivants pour désigner le modèle d'intervention :

*Modèle d'intervention de base en santé mentale*

*Modèle d'intervention de première ligne en santé mentale*

*Modèle d'intervention de base en psychiatrie et en santé mentale en CLSC*

*Modèle d'intervention clinique et psychosociale de première ligne (ou de base) en santé mentale.*

Les choix proposés ravivent des discussions ayant eu lieu aux étapes antérieures à propos des concepts de première ligne, de services de base, de troubles graves ou transitoires. Ces nomenclatures continuent de soulever de la confusion et, selon des membres, elles font encore l'objet d'une remise en question par les différentes instances.

*Quand je vois de base ou de première ligne, pour moi ça fait écho pas mal à la même chose, c'est-à-dire, c'est pas clair. [...] Est-ce que c'est important que ce soit là? (C1, 3).*

*La première ligne est pas encore assise parce que la nouvelle mode qui s'en vient, c'est les trois niveaux. [...] On parlait ici des services spécialisés, mais c'est des clientèles particulières. (C1, 1).*

Des membres réitèrent leur tendance à associer la deuxième ligne à la notion de psychothérapie ou de traitement des troubles mentaux. Différencier la clientèle en fonction de la gravité du trouble mental demeure discutable.

*Moi je verrais ça (la psychologie) plus de deuxième ligne. Parce qu'on fait vraiment du traitement. La première ligne, c'est supposé être beaucoup plus des activités promotionnelles relatives à la prévention. (C1, 1).*

*- Qu'est-ce qu'une clientèle sévère? Modérée? Puis avec une problématique légère par rapport à un trouble anxieux ou un trouble de l'humeur par exemple? Tu sais! Mais très souvent, quand on regarde dans les faits, moi je vois pas beaucoup de différence.*

*- Ouin! Bien il devrait y en avoir une.*

*- Il devrait y en avoir une, mais dans les faits, il n'y en a pas. (C1, 13).*

À ces propos, des membres réitèrent leur position, à l'effet que le partage des clientèles entre les différentes équipes de santé mentale au CLSC entraîne en bout de ligne une fragmentation qui complique inutilement l'offre de services. Ceci peut donner l'illusion

d'offrir des services distincts alors qu'il s'agit en fait des mêmes services. Selon eux, certains programmes ou interventions pourraient être spécifiques en fonction de différentes problématiques, sans pour autant fragmenter les équipes de santé mentale.

*C'est bien de rendre des interventions spécifiques en fonction de certains clients, ou certaines problématiques, ou qui peuvent avoir des intervenants qui sont plus spécialisés pour ce type d'interventions-là, mais de là à fragmenter en plusieurs équipes tu sais. Ça fait combien de temps qu'on essaie de départager ce qui appartient au SIM, puis ce qui appartient à la première ligne? On est encore là-dessus. (C1b, 12).*

En dépit de ces questionnements, les membres de l'équipe se rallient autour du concept *Modèle d'intervention de première ligne en santé mentale* pour désigner leur modèle.

Dans le modèle émergent, la proposition de la définition globale du modèle d'intervention suivante est proposée :

Un ensemble d'interventions variées et globales visant à répondre, dans la communauté, aux besoins temporaires de personnes atteintes d'un trouble mental grave présentant un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales, ainsi que d'interventions plus spécifiques visant le traitement des personnes atteintes d'un trouble mental transitoire. La responsabilisation de la personne et l'utilisation optimale de l'ensemble des ressources disponibles constituent des principes de base de l'intervention (modèle émergent).

Les notions de « besoins temporaires » et « interventions plus spécifiques » soulèvent la discussion. Selon des membres, les besoins ciblés ne peuvent être temporaires puisque qu'il s'agit d'une clientèle souffrant de troubles mentaux persistants. En réalité, la plupart des clients reviennent. La durée du suivi s'étend parfois sur plusieurs années.

*J'aimais pas ça le mot temporaire. [...] Dès qu'une rechute arrive, on le réouvre (le dossier). [...] Il est permanent à long terme, mais pas toujours présent. [...] Ce serait peut-être, je pense, la notion de continu, en continu que je mettrais. (C, 6).*

Pour ce qui est du terme « interventions spécifiques », il y a consensus pour rejeter ce concept. On préfère le terme clientèles particulières plutôt que interventions spécifiques. Les changements sont apportés en ce sens dans la version consensuelle.

*On est tous assignés à des secteurs spécifiques. [...] La Clinique sans murs est pas plus une exception. (C3, 85).*

### *Valeurs*

Tous les membres sont d'accord avec l'ensemble des valeurs ressorties dans le modèle émergent (respect, espoir, accessibilité, etc.). On ne peut être contre la vertu, dit-on. Bien qu'il existe actuellement des délais importants et une liste d'attente, l'accessibilité demeure d'emblée un principe fondamental. De même, en dépit du fait que l'interdisciplinarité et le partenariat se vivent plutôt difficilement sur le terrain, ils n'en demeurent pas moins des principes hautement valorisés par les membres.

### *Besoins et clientèles ciblées*

Consensus autour du concept « autonomie » pour désigner la clientèle ciblée plutôt qu'autour des concepts « potentiel de réadaptation » et « motivation ». L'énoncé du modèle sur les groupes ciblés par l'équipe, les caractéristiques des personnes atteintes d'un trouble transitoire, leurs sources de difficultés et les besoins de ces personnes, reçoit l'accord des membres. Ces mêmes éléments, en regard des personnes atteintes d'un trouble grave, reçoivent également l'accord de membres, sauf pour deux caractéristiques, à savoir la « motivation » et le « potentiel de réadaptation ». La partie de l'énoncé à la source de ces discussions est la suivante :

Les personnes atteintes d'un trouble grave souffrent de schizophrénie, de maladie bipolaire, d'états dépressifs récurrents, d'états délirants ou de troubles sévères de personnalité avec structure limite. En dépit de leurs limitations et de leur vulnérabilité, elles ont la capacité de recouvrer un fonctionnement satisfaisant et stable leur permettant de se réintégrer de façon satisfaisante dans la communauté. Elles sont motivées à fournir des efforts en vue d'améliorer leur condition. La grande majorité d'entre elles sont suivies conjointement par un psychiatre. Une partie de ce groupe vit en résidence de type familial (RTF). La clientèle visée par l'équipe SIM se distingue par une autonomie et un potentiel de réadaptation plus limités et des hospitalisations fréquentes. De plus, les jeunes personnes atteintes de schizophrénie qui en sont à leurs premiers épisodes psychotiques sont également référées à l'équipe SIM en vue de leur assurer des services plus intensifs dans de plus brefs délais (modèle émergent).

Les membres de l'équipe réalisent qu'il n'est pas vraiment juste de distinguer leur clientèle de celle de l'équipe SIM par un plus grand potentiel de réadaptation, ni par une plus grande motivation à s'impliquer dans des actions visant à améliorer leur condition. En fait, plusieurs sont très peu actifs socialement et pour certains, la motivation se résumerait à ne pas refuser les services de l'équipe permettant leur maintien en appartement ou dans une ressource de type familial. Souvent, les services sont sollicités par une autre personne.

*Avant ça, il y avait la motivation qui était dans le critère pour continuer un suivi ou pas. Puis c'était fort la motivation! Quand les gens arrêtaient, ils n'étaient plus motivés, il fallait fermer. Puis maintenant, on remet ça en question. [...] Il y en a plusieurs, mettons dans mon case load actuel, que la motivation est vraiment pas forte. (C3, 5, 6).*

Au terme de ces discussions, le niveau d'autonomie ressort comme meilleure caractéristique permettant de distinguer la clientèle de l'équipe SIM de celle de l'équipe de base Santé mentale. Les clients de l'équipe SIM présentent davantage de difficultés de fonctionnement, une plus faible observance du régime thérapeutique et des rechutes plus fréquentes. Elle requiert une intervention intensive impliquant plusieurs intervenants.

*La première ligne, la clientèle de base, c'est un haut niveau de fonctionnement au niveau des AVQ. Alors que le SIM, ils ont un bas niveau de fonctionnement. (C1b, 2).*

*C'est vraiment le nombre de personnes qui peuvent être impliquées, l'intensité des interventions à fournir qui va faire la distinction. Mais tu peux avoir le même potentiel de réadaptation dans une équipe comme dans l'autre. (C, 19).*

Les membres reconnaissent le terme *autonomisation*, dans le sens de démarche d'apprentissage vers l'autonomie (terme proposé par l'Office de la langue française pour traduire *empowerment*), comme concept qui traduit bien leur pensée par rapport au but ultime de leurs interventions. Il en est de même pour le terme *responsabilisation*. Les concepts de motivation ou de potentiel de réadaptation sont retirés.

*Impasse par rapport à la prévention.* Des données récoltées dans l'étude ont conduit à la formulation d'un énoncé traduisant l'implication de membres de l'équipe dans des activités de promotion et de prévention. L'énoncé proposé est le suivant :

Par des conseils et de l'enseignement, l'intervenant tente de promouvoir une bonne santé ou éviter l'apparition de problèmes de santé chez les clients et leurs proches aidants. L'intervenant apporte sa collaboration lorsqu'on sollicite son expertise dans des activités de promotion de la santé mentale ou de prévention. Il peut s'agir par exemple de conférences données dans les écoles ou d'activités prévues durant la semaine de la santé mentale ou d'autres événements. Des membres de l'équipe peuvent être appelés à se joindre à des comités intersectoriels (la table du Plan d'action local par exemple) dont les activités visent l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement pouvant influencer la santé mentale des personnes atteintes de troubles graves (transport, logement, emploi, etc.) (modèle émergent).

Tous les membres de l'équipe reconnaissent l'importance de s'impliquer dans des activités visant à promouvoir une bonne santé mentale ou à prévenir l'apparition de troubles mentaux dans la population ou chez des groupes présentant un risque plus élevé. Tous et toutes souhaiteraient apporter leur collaboration lorsque leur expertise est sollicitée pour participer à des activités d'information dans les milieux de vie des gens (écoles, milieux de travail, etc.) ou lors d'activités prévues durant la semaine de la santé mentale ou d'autres événements. Cela devrait faire partie du rôle de l'équipe, dit-on. Toutefois, pour la majorité d'entre eux, force est de constater que la réalisation d'activités de promotion de la santé et de prévention apparaît irréaliste dans le contexte actuel d'insuffisance de ressources. En fait, exercer ces rôles ne pourrait se faire qu'au détriment des services curatifs dispensés directement à la clientèle, aspect nettement privilégié. Les membres de l'équipe disent se retrouver devant un paradoxe, puisqu'en fait, alors que la promotion et la prévention soient hautement valorisées dans les discours d'orientation et de planification, il n'y a pas de mandat clair donné à l'équipe en matière de prévention, ni de moyens de le faire. Il existe une contradiction entre l'intention et la pratique. Ce serait un leurre de reconnaître ce rôle à l'équipe.

*... activités de prévention et de promotion. [...] On revient toujours à la contrainte temporelle. On voudrait qu'on soit des espèces de funambules, d'équilibristes où il faudrait être partout à la fois. (C3, 62).*

*On n'a pas reçu de mandat très clair hein! Je veux dire une volonté administrative. Nous voulons que et nous allons prendre les moyens pour! Alors, il n'y a pas de consistance, il n'y a pas de lien, de fluidité entre les discours. Il y a une cassure. (C3, 63, 65).*

Un point de vue contraire est exprimé toutefois. En fait, dans une certaine mesure, il appartient aux membres de l'équipe de revoir la priorité des mandats qu'ils se donnent et de déterminer le type d'interventions à produire afin d'atteindre les objectifs poursuivis. Le partage de réflexions entre collègues, des ententes avec les personnes responsables pourraient certainement permettre d'organiser le travail de façon à intégrer quelques activités de prévention.

*J'ai de la misère un peu avec ça cette affaire-là, le manque de temps. Je me dis toujours, on trouve le temps de faire des choses dans la mesure où on se donne ces priorités-là. [...] Il faut qu'on fasse des choix. (24)*



Au terme des discussions, l'énoncé en lien avec la prévention et la promotion est retiré de l'énoncé du modèle d'intervention final. Il est présenté à titre d'impasse.

### *Intervention*

Tout d'abord, les membres de l'équipe tiennent à préciser qu'ils se reconnaissent comme *intervenant assigné* ou *intervenant désigné* et non comme *intervenant pivot* tel que proposé dans l'énoncé du modèle émergent. Ils expliquent que les clients leur sont attribués en tant que clinicien au CLSC et qu'ils assument rarement la responsabilité du plan de services comme le suggère le terme *intervenant pivot*.

Concernant l'intervention, tous les membres s'entendent pour que leur approche demeure éclectique. Tous et toutes conviennent de s'inspirer de l'approche systémique, soit le modèle officiellement adopté par le CLSC. Il va de soi, selon eux, que l'alliance thérapeutique constitue la toile de fond de l'intervention. Toutefois, la majorité des membres expriment un désaccord par rapport à la structure de l'énoncé proposé. La description de certains types d'interventions suscite des débats, notamment les interventions de nature psychothérapeutique. Les points principaux des discussions sont présentés dans cette section.

#### *Consensus sur une nouvelle façon de structurer la partie présentant l'intervention.*

L'énoncé proposé du modèle émergent par rapport à l'intervention comprend les thèmes suivants pour l'aide apportée aux personnes atteintes d'un trouble transitoire :

- psychothérapie individuelle;
- thérapie de groupe accompagnée d'un suivi individuel;
- enseignement et soutien de la personne souffrant d'un trouble dépressif et de ses proches,
- lien avec l'équipe Jeunesse-enfance-famille,
- référence à des ressources spécialisées;
- durée et intensité de l'intervention.

Dans cette version proposée aux membres, les principales écoles de pensée sont mentionnées comme options possibles, mais il est dit que le psychologue adhère généralement à l'une plus *spécifique* et qu'il s'inspire des autres au besoin. Même si les

interventions de groupe ne sont pas toutes disponibles pour l'instant, la version mentionne « Thérapie de groupe accompagnée d'un suivi individuel ».

Pour ce qui a trait des personnes atteintes d'un trouble grave, les interventions mentionnées sont les suivantes :

- approche éclectique;
- co-développement;
- créer et maintenir une alliance thérapeutique;
- thérapie systémique;
- thérapie de résolution de problèmes;
- psychoéducation auprès de la personne atteinte et des proches aidants;
- suivi du traitement pharmacologique;
- monitoring de l'état de santé physique;
- soutien aux besoins de subsistance;
- soutien et consolidation du réseau de soutien;
- restructuration des distorsions cognitives;
- exploration des origines de *patterns* nuisibles;
- développement des AVQ/AVD et des habiletés sociales;
- soutien à l'intégration socioprofessionnelle;
- clinique sans murs;
- thérapie de groupe pour les personnes souffrant d'un trouble bipolaire;
- référence à des ressources spécialisées;
- prévention et dépistage;
- thérapie familiale;
- ligne *infosanté mentale*;
- suivi systématique de clientèles;
- durée du suivi et intensité du suivi.

Il est mentionné dans la version proposée l'énoncé suivant : « Les personnes atteintes d'un trouble grave peuvent se prévaloir d'un suivi personnalisé assuré par un intervenant pivot. Si indiqué, elles peuvent intégrer un programme plus *spécifique* selon leur problématique, tel que celui de la Clinique sans murs ».

Le terme qualitatif *spécifique* proposé dans le modèle émergent pour qualifier la psychothérapie ou le programme de la Clinique sans murs suscite de vives réactions chez les membres de l'équipe. Du point de vue de ces derniers, la structure et la formulation proposée ne reflètent pas une *reconnaissance* de l'équipe qui va sur le terrain en supposant que ce service n'est pas aussi *spécifique* que celui offert par la Clinique sans murs ou le Service de psychothérapie. Des membres expliquent qu'un sous-programme ou un service privilégie un outil, un cadre théorique, alors qu'un autre en privilégie d'autres pour répondre à d'autres types de clientèles. La formulation du modèle ne devrait pas laisser supposer une spécificité plus grande d'un service par rapport à un autre, ni un niveau de spécialisation plus important. Il faudra éviter de mettre en évidence un service plutôt qu'un autre. Ainsi, la Clinique sans murs ne doit pas ressortir comme étant un service plus spécialisé que la psychothérapie ou que l'intervention psychosociale sur le terrain auprès des personnes atteintes d'un trouble mental grave. De plus, des membres affirment que le psychologue n'est pas le seul à intervenir auprès des personnes qui ont des troubles transitoires. Tous les membres de l'équipe en ont parmi dans leurs clients, dit-on. La prochaine version devra refléter le fait que les membres de l'équipe offrent différents services dont certains s'adressent à des clientèles plus *diversifiées* alors que d'autres répondent aux besoins de clientèles plus *spécifiques*. Ces services sont parallèles et complémentaires.

*Ce qui est à l'équipe de base Santé mentale, c'est une sous-clientèle. En Psychologie c'est une sous-clientèle. Ce qui est en Clinique sans murs, c'est une sous-clientèle. [...] Ce qui est spécifique, c'est la clientèle, ce n'est pas le service. (C1, 25).*

*Ce qui nous agace, c'est de prendre un sous-programme et de le mettre en évidence. [...] La Clinique sans murs est pas plus une exception. Mais là, à la façon dont c'est présenté, elle est mise en évidence, et nous, on est complètement dans l'ombre. C'est comme si on n'existait pas. C'est comme si nous on offrait... bof! On prend ça au gré du vent, au gré de la fantaisie. (C3, 80, 85).*

*Les activités terrains, c'est aussi dans le fond, un travail spécialisé. Ce n'est pas tout le monde qui va faire du travail de terrain. [...] Le fait d'avoir des ressources généralisées ou générales, c'est déjà une spécialité en soi. (C3, 12, 14).*

*Pourquoi le psychologue serait un sous-programme et que la travailleuse sociale n'en serait pas un, ni l'éducatrice? (C3, 83).*

*Parce que dans le fond, nous, on est en haut avec l'infirmière, l'éducatrice spécialisée, puis les travailleurs sociaux, puis après ça, il y a les psychologues à part, la Clinique sans murs à part, puis les troubles dépressifs à part. Mais on fait tous partie de la même équipe. (C3, 84).*

*Tout ça, ça c'est l'équipe de base en santé mentale, travailleuses sociales, les ARH, l'éducatrice spécialisée, l'infirmière peut-être, c'est leur bloc à eux autres, ça leur est spécifique ça. C'est ça qu'elles font. C'est du travail terrain. À côté, un autre bloc avec une clientèle, même si elle a les mêmes problèmes, n'a pas forcément le même niveau de fonctionnement, les gens sont plus structurés. [...] Chacun son créneau! [...] Chaque professionnel est assigné à un créneau spécifique. [...] Tout ce qui est l'équipe de base, tu l'as ici, à partir de l'évaluation. Le psychologue fait son évaluation et entreprend une thérapie individuelle. La Clinique sans murs fait son évaluation avec l'approche dialectique de Linehan. [...]. C'est ça qui leur est spécifique. [...] Je pense qu'il y a un conflit entre spécialisé et spécifique! (C3, 89).*

Au bout d'une longue discussion, les membres de l'équipe soumettent une nouvelle structure, laquelle reflète mieux leurs services, selon eux (voir version finale). L'alliance thérapeutique, les approches systémique et éclectique, de même que la démarche thérapeutique, sont mises en évidence comme activités communes à tous les sous-programmes. Ces points sont portés sur un premier niveau. L'évaluation permet d'identifier trois types de clientèles : 1) les personnes présentant des problèmes significatifs dans les sphères cliniques et sociales, liés à un trouble mental grave ou transitoire, 2) celles présentant un trouble transitoire important mais dont l'autonomie fonctionnelle est préservée et 3) celle présentant un trouble de personnalité. Pour chacun de ces groupes, un certain nombre de sous-programmes est disponible. Il s'agit du suivi dans la communauté, du service de psychothérapie individuelle, d'un service de psychothérapie de groupe, et d'un service de psychothérapie de groupe s'adressant aux personnes souffrant de personnalité limite (la Clinique sans murs) et d'un suivi psychosocial individuel. Cette étude s'intéresse essentiellement au suivi dans la communauté. Les membres font consensus autour d'un énoncé qui comprend la mention des approches systémique et éclectique comme base de l'intervention et la description d'interventions usuelles pour répondre aux besoins de santé mentale en première ligne (psychoéducation, soutien aux besoins de subsistance, etc.).

Consensus sur l'alliance thérapeutique, la démarche thérapeutique, un suivi dans la communauté basé sur les approches éclectique et systémique, et sur des interventions usuelles. La proposition du modèle émergent comprenait une description d'une intervention appelée « Thérapie de résolution de problèmes ». Il s'agit de l'énoncé suivant :

L'évaluation permet d'identifier les problèmes que rencontre la personne. Une démarche de résolution de problèmes se poursuit avec l'établissement d'objectifs. L'intervenant invite la personne à réfléchir sur ce qui lui apporte le plus de souffrance, sur ce qu'elle souhaite améliorer par rapport à sa santé et à sa condition de vie. Sur un mode interactionnel, il partage avec le client son opinion par rapport aux aspects qui pourraient être améliorés. L'intervenant amène la personne à distinguer ce qui est attribuable à la maladie et qui peut difficilement être changé des aspects sur lesquels elle peut exercer un pouvoir. Ce processus de co-analyse aboutit à une prise de décision conjointe sur quelques objectifs à poursuivre, ceux que le client valorise et qui sont susceptibles de produire un plus grand impact positif. Il importe que l'intervenant entretienne des attentes réalistes qui tiennent compte des capacités réelles de la personne à satisfaire de façon autonome ses besoins. Surévaluer ou sous-estimer les capacités de la personne pourraient entraîner du découragement ou une dépendance induite. L'intervenant aide ensuite la personne à élaborer un plan d'action. Avec le client, il « co-décide » des mesures à prendre pour atteindre les objectifs fixés. Il suscite des questions, des réactions, l'exploration de nouvelles avenues. Il aide la personne à faire des choix éclairés et réalistes. Il précise les rôles et les tâches de chacun. La personne exécute le plan d'action. L'intervenant l'incite à réfléchir sur l'efficacité de ses actions par rapport à ses objectifs, sur les événements qui facilitent ou entravent l'atteinte de ses objectifs. Il apporte du soutien. Le cheminement est évalué tout au long du processus. Il révisé les objectifs avec la personne en tenant compte de ses succès, de sa motivation et de son potentiel. Il l'aide à planifier des actions plus adéquates (modèle émergent).

Des membres de l'équipe affirment ne pas se reconnaître dans ce langage. La résolution de problèmes correspond à une technique de leur point de vue. Il ressort des discussions que, de toute façon, quelle que soit l'école de pensée choisie, on cherche toujours à résoudre des problèmes. Cela est inhérent à la démarche thérapeutique. Ainsi, les membres de l'équipe décident d'intégrer ce thème dans la section portant sur la « Démarche thérapeutique ». Ensuite, l'alliance thérapeutique comme toile de fond à toute intervention, la volonté de conserver une approche éclectique et le choix de l'approche systémique sont réaffirmés en tant que fondements de l'intervention. Ces points sont placés sur le même niveau, ce qui fait consensus.

*Pourquoi on parlerait de la résolution de problèmes, puis on ne parlerait pas des autres? [...] Il y en aurait tellement à dire si on irait dans les particularités de chacun, on ne s'en sortirait pas. On aurait un chapitre chacun. (C2, 28).*

*Tu décris une façon de faire particulière où on axe la démarche sur la résolution de problème. Une démarche thérapeutique, ça peut être de nature analytique, ça peut être de nature systémique. Mais tu vas toujours créer une alliance, faire une évaluation, faire un plan d'intervention, poser des objectifs, utiliser des techniques ou des approches pour les résoudre ces objectifs-là. (C1, 47).*

Des membres de l'équipe réitèrent le point de vue à l'effet qu'un ensemble de stratégies ciblées pour agir dans différentes problématiques est plus utile qu'une école de pensée ou un modèle théorique quelconque. Par contre, pour d'autres, il est impossible de nommer toutes les stratégies qui peuvent être utilisées étant donné leur nombre quasi illimité. De plus, en nommer certaines comporte le risque de donner l'impression d'exclure les autres.

*Il y a des approches, puis il y a des écoles de pensées... [...] ... il y a des tâches, il y a des techniques qui entrent dans nos approches, dans nos écoles de pensées. [...] Si je prends l'approche systémique, mais je vais faire de la psychoéducation à certains moments, je vais faire une vérification au niveau de la médication... [...] ... de l'enseignement par rapport à la maladie, exemple. Mais, je vais aussi l'intégrer au travail, mais je vais utiliser une façon de penser, une philosophie selon l'approche systémique. (C2, 24).*

*Si on précise davantage, c'est comme un peu si on s'encarcenait dans le modèle. [...] C'est comme si on excluait les autres. (C1, 40).*

Pour ce qui est de la Clinique sans murs, des principes de base, à savoir la responsabilisation de la personne et la prévisibilité, guident clairement l'intervention, affirment des membres. Une approche cognitivo-comportementale est dominante.

*Le principe de base qui devrait être à respecter, c'est, entre autres, la responsabilisation, la prévisibilité, d'amener la personne à travailler sur les objectifs qui ont été définis en fonction des problématiques identifiées au niveau de sa personnalité. [...] Les intervenants qui ont des clients dans la Clinique sans murs, je pense qu'ils... [...] ... adoptent une approche un peu plus cognitive-comportementale, mais tout en gardant leur couleur à eux, puis leur façon de travailler. (C4c, 31)*

Les discussions conduisent les membres vers un consensus possible par rapport à un certain nombre de stratégies inspirées de différentes écoles de pensée, utilisées et adaptées selon les situations. Malgré les réserves exprimées par certains concernant la description d'interventions, les stratégies décrites dans l'énoncé proposé sont classées sous le thème « Interventions usuelles » (voir version finale).

Impasse par rapport aux interventions de nature psychothérapeutique. Une des interventions proposées dans le modèle émergent, à partir des données récoltées, portait le titre *Exploration des origines de patterns nuisibles*. Ce type d'intervention était décrit de la façon suivante :

À l'occasion, l'intervenant s'inspire d'une approche psychodynamique en tentant d'aider la personne à prendre conscience des liens existant entre des apprentissages passés et les attitudes ou les comportements inadaptés qu'elle tend à perpétuer. Il explore les modèles parentaux ou reçus de personnes significatives, ainsi que les stratégies développées en vue de se protéger de dangers perçus. Cette compréhension favorise l'adoption de comportements et d'attitudes plus adéquats et le développement d'une plus grande autonomie (modèle émergent).

Cet énoncé soulève de vives discussions entre les membres de l'équipe. Certains confrontent entre eux leurs façons divergentes de définir des concepts comme un mécanisme de défense, un désir inconscient, l'interprétation ou l'explication. D'autres affirment ne pas se reconnaître dans ce genre d'interventions et croient que, de toute façon, celles-ci ne s'inscrivent pas dans les objectifs poursuivis dans le cadre d'un suivi psychosocial ni d'ailleurs dans les fonctions attendues d'une équipe de première ligne en santé mentale. Considérées comme spécialisées, ces interventions devraient être réservées au psychologue et appliquées dans le cadre d'une psychothérapie. De plus, des membres allèguent que certaines interprétations risquent d'être néfastes étant donné la grande vulnérabilité de la plupart des clients, particulièrement ceux qui présentent une personnalité narcissique, histrionique, antisociale ou schizoïde. Un autre argument s'opposant à ce type d'intervention est qu'une plus grande compréhension de l'influence du passé n'entraîne pas nécessairement le changement de comportement escompté. Et encore, selon certains, nommer spécifiquement cette intervention dans le modèle obligerait à nommer toutes les autres interventions possibles, comme par exemple le reflet empathique, le questionnement de l'identité sexuelle et ainsi de suite.

*Au niveau du travail social, on va le nommer, sauf qu'on ne le travaillera pas. Ça ne sera pas parmi nos objectifs. Je pense que si les gens ont un objectif de travailler à ce niveau-là, ils vont bien plus en psycho. (C4, 18).*

*L'approche très spécifique un moment donné, ça peut faire aussi l'objet, comment je pourrais dire, d'une clinique spécialisée. Et ce n'est pas le mandat d'un CLSC. (C2, 44).*

*Ce n'est pas parce qu'on comprend une chose qu'on change forcément de comportements. Comprendre, ça demande tout un travail d'assimilation, c'est à la longue que la personne choisit de modifier ou de ne pas modifier. [...] Si tu interprètes pour interpréter, puis tu ne ramasses pas ça, l'autre, elle reste avec ça. (C4, 23, 17).*

Les défenseurs de ce type d'interventions rétorquent qu'il est très profitable pour plusieurs clients de faire des liens entre des événements survenus dans leur passé et leurs difficultés actuelles, et de devenir plus conscients de la façon dont ils utilisent certains mécanismes de défense. Sans prétendre faire une psychothérapie d'orientation psychodynamique bien campée, des membres jugent que plusieurs d'entre eux ont les compétences requises pour évaluer la capacité d'une personne à utiliser avantageusement les prises de conscience qu'elle pourrait faire. Les activités de formation-supervision continues, qui s'inscrivent dans le cadre de la *Clinique sans murs*, encouragent l'exploration des événements survenus dans l'histoire de la personne qui ont pu influencer le développement de sa personnalité. De toute façon, les liens se présentent souvent d'eux-mêmes, dit-on.

*Les cellules dans notre corps sont comme programmées, puis elles ont un souvenir. Alors, elles ne font pas la différence entre l'anxiété du moment et l'anxiété du passé. [...] C'est qu'elle a comme projeté qu'il arriverait quelque chose. Parce que dans le passé, c'est ça qui arrivait. Mais c'est pu ça. Alors... [...] ... moi, je travaille d'où ça vient. (C4b, 4, 8).*

*Faire des liens, tout ça, ça vient un peu tout seul. Parce que la personne nous raconte, fait des liens elle-même. (C4, 21).*

*À l'occasion, l'intervenant s'inspire d'une approche psychodynamique sans adopter la terminologie. [...] C'est ça dans les faits. [...] Les intervenants ont le droit d'essayer d'avoir une compréhension d'où est-ce que la personne provient. [...] Sauf qu'il faut faire attention de ne pas se donner des compétences dans une approche particulière qu'on n'a pas. [...] Oui, je pense qu'il y a certains intervenants qui mettent peut-être plus l'emphasis à essayer de comprendre pourquoi la personne agit comme ça, puis amener la personne à réfléchir. (C4c, 27)*

Le retrait de cet énoncé du modèle d'intervention est proposé étant donné le dissentiment entre les membres de l'équipe sur ce point. Certains expriment leur désaccord, considérant que justice n'est ainsi pas rendue à ce qu'ils font.

*Je trouve ça plate que ça soit enlevé, parce que c'est effectivement quelque chose de très important. Pourquoi les gens choisissent un mécanisme de défense plutôt qu'un autre? Ils l'ont appris là. (C4b, 4).*



*Tu peux pas l'enlever pour la simple et bonne raison que ça se fait. Qu'on l'accepte ou qu'on ne l'accepte pas, je pense que c'est un manque de respect. (C4b, 4, 8).*

Établir un consensus sur ce point nécessiterait encore beaucoup de discussions. Il est donc conservé comme élément n'ayant pu faire l'objet d'un consensus parmi les membres de l'équipe. Il s'agit donc d'une impasse.

*Ça reflète un malaise. Ça demande du travail, ça demande réflexion. (C4, 29).*

Intervention brève : une évidence pour certains, un leurre pour d'autres. Durant les rencontres de recherche de consensus, le thème en lien avec la durée et l'intensité du suivi soulève une discussion. Bien que les membres donnent leur accord à l'énoncé suggéré, certaines dissensions ressortent des propos émis. Pour certains membres, il va de soi que l'intervention faite par une équipe de base en santé mentale est brève. Elle se termine lorsque la personne atteint un certain bien-être, mais surtout lorsque les objectifs de départ, en lien avec la demande initiale, sont atteints.

*C'est selon les besoins de la personne, mais c'est en fonction d'objectifs clairs aussi. Parce que t'es pas là pour reconstruire, pour régler toutes tes bibittes. T'es là parce qu'il y a eu une demande, puis tu dois répondre à cette demande là, et le plan d'intervention est supposé être fait en fonction de la demande de la personne. Autrement dit, moi je dis, on réveille pas les chiens méchants qui dorment! (C1, 30).*

D'autres considèrent qu'il est illusoire de prétendre faire de l'intervention brève compte tenu des clientèles ciblées par l'équipe.

*Tu m'en apprends une bonne là! [...] Depuis quand on fait de la thérapie brève en santé mentale? Sévères et persistants! (C1, 29).*

Du côté du Service de psychothérapie, la durée de l'intervention dépend de l'orientation du psychologue. Elle peut durer jusqu'à un an.

*Mais une thérapie brève, c'est très relatif hein ! [...] Ça dépend beaucoup des orientations. Ça peut aller jusqu'à un an. (C1, 29).*

Dans le cadre de la Clinique sans murs, pour ce qui est du suivi individuel assuré par le psychologue lorsque nécessaire, il est d'usage de fixer préalablement un certain nombre de rencontres, quitte à le réajuster au besoin.

*Quand le programme de traitement est terminé, le suivi est terminé aussi. [...] Les gens que je ne prends pas dans le programme, mais que je suis en individuel pendant quelques rencontres pour travailler sur certains objectifs identifiés par rapport à des problèmes, je donne un nombre de rencontres. Je dis, on va se donner quatre, cinq rencontres pour travailler ça, on verra à l'issue de ces rencontres-là. (C4, 9).*

La formulation de l'énoncé pour le modèle ayant atteint un consensus indique une grande latitude par rapport à la durée des suivis. Il est convenu de dire que celle-ci varie en fonction de nombreux facteurs : le fonctionnement de la personne, le soutien disponible, ses objectifs, etc.

*Des interventions de groupe sur le point d'être instaurées.* Notons qu'un ajout est apporté au modèle, notamment un programme court développé dans le cadre de la Clinique sans murs qui est sur le point d'être instauré. Des membres expliquent qu'il s'agit d'un condensé du programme long, d'une durée variant entre six et neuf mois au lieu de trois ans. Ce programme s'adresse à des clients dont le trouble de la personnalité est moins grave et le fonctionnement meilleur. L'encadrement est plus léger et les limites imposées sont moins strictes. Il est prévu de décentraliser ce programme dans les municipalités avoisinantes pour en faciliter l'accès.

Les membres de l'équipe évoquent à maintes reprises la mise sur pied de différents projets de psychothérapie de groupe pour traiter les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Les informations sur le sujet varient selon les intervenants. Certains disent espérer être impliqués dans ces nouveaux programmes, mais se doutent que l'on fera plutôt appel à leurs collègues d'autres équipes du CLSC. Lors d'une rencontre, il est finalement confirmé que le projet de thérapie de groupe pour traiter les troubles de l'humeur a été confié à l'une des personnes responsables de la Clinique sans murs et à un membre de l'équipe AEO, ce qui a pu provoquer une déception chez certains membres.

*Peut-être que c'est rendu plus loin, mais c'est qu'on ne le sait pas. C'est ça, puis le modèle est pour maintenant. (C4, 10).*

*On ne sait pas non plus, advenant le cas où ça arrive, qui va le faire. (C4, 14).*

*Il y a une personne qui a été désignée. Ça ne s'est pas fait par appel à tous, puis par sélection par la suite. [...] C'est le lot des frustrations qui arrivent parfois dans notre organisation. (C4c, 7).*

Alors que des membres de l'équipe réitèrent des réserves à l'égard d'une thérapie de groupe pour traiter systématiquement la dépression, d'autres défendent le succès généralement obtenu par ces programmes. Autant que possible, il faudra y intégrer, malgré leurs résistances, tous les clients ou toutes les clientes susceptibles d'en profiter.

*Si tu veux référer madame qui a un trouble de l'humeur au groupe, la madame, elle dit, moi, je veux pas y aller en groupe. [...] Ça va être une alternative qu'on offre aux gens. (C3, 80).*

*C'est sûr que c'est énervant quelque chose de nouveau. Mais est-ce que c'est parce que c'est nouveau que la personne peut... en tout cas. Tout le monde est capable de s'adapter. (C1b, 20).*

En bout de ligne, il est mentionné dans le modèle qu'une intervention de groupe pour les personnes présentant un trouble de l'humeur est en élaboration au moment de l'étude.

Consensus pour intervenir comme ressource-conseil, mais conditionnel à la disponibilité. L'énoncé du modèle émergent comprend une intervention relative à une fonction de ressource-conseil à assumer auprès des organismes communautaires, de collègues d'autres équipes du CLSC ou d'autres services :

Tous les professionnels et les professionnelles des différents programmes du CLSC interviennent dans une certaine mesure auprès des personnes touchées par une problématique de santé mentale, mais dont la condition est relativement stable et les besoins relatifs au trouble mental ne sont pas prédominants. Tous sont en mesure de faire de la relation d'aide et d'apporter du soutien. Ainsi, l'équipe de Soutien à domicile ou l'équipe des Soins courants assurent les soins de santé physique des personnes tant et aussi longtemps que leur état de santé mentale n'entrave pas sérieusement la dispensation de ces soins. Il en est de même pour l'équipe Jeunesse-enfance-famille. Lorsque le problème de santé mentale s'aggrave au point d'outrepasser le rôle ou les compétences des intervenants des autres équipes, ces derniers peuvent solliciter l'avis de l'un des membres de l'équipe de Santé mentale pour vérifier comment, si possible, le plan d'intervention pourrait être ajusté pour permettre de continuer le suivi. Il peut aussi être question d'évaluer, avec l'agente de liaison, la pertinence de présenter le cas au comité d'accès en vue d'établir un plan d'intervention conjoint ou de transférer le cas à l'équipe de base Santé mentale. Par ailleurs, les membres de l'équipe sont aussi accessibles aux intervenants des organismes communautaires. Ils apportent des conseils ou participent à des activités initiées par les organismes, comme des conférences, de l'animation de groupe, etc. (modèle émergent).

L'énoncé est considéré sans contredit comme très valable en terme d'efficience. D'ailleurs, les membres disent être souvent sollicités pour des conseils ou points de vue. Répondre à ces demandes permettrait sans doute de consolider des partenariats, selon eux. Toutefois, des membres rappellent que la priorité revient au suivi individuel des clients, que les intervenants ont très peu de disponibilité pour ce type d'activités qui, d'ailleurs, est très peu encouragé dans le contexte actuel.

*C'est de valeur parce que les groupes... c'est les groupes qui soutiennent nos clients. Si on soutient pas les groupes... [...] ... leur clientèle risque de tourner en rond, puis risque de nous revenir. Moi, c'est dans ce sens-là que je veux supporter les groupes. [...] Non seulement c'est le temps, mais même maintenant, au niveau des cadres... [...] ... de moins en moins de volonté de nous laisser aller. (C3, 54).*

*On privilégie l'intervention directe. Je ne dis pas qu'il n'y a pas des demandes ailleurs, mais pour le moment, le contenu de la réalité de l'offre et de la demande, des listes d'attente, il y a des priorités qui doivent être établies. (C2, 55).*

*On peut le faire, mais faut pas que ce soit au détriment de la clientèle parce qu'on n'aura pas le temps, on n'est pas remplacé pour ça. (C3, 54).*

Des membres affirment que la situation diffère sur ce point par rapport à ce qui se fait à la Clinique sans murs. Dans le cadre de ce programme, de la formation aux intervenants ainsi qu'un soutien aux organismes communautaires font partie des interventions prévues.

*Je donne de la formation continue... [...] ... aux intervenants du Centre de crise. [...] J'ai donné une formation au Centre de détention. Ils m'avaient demandé de leur donner quelque chose sur la problématique des troubles de personnalité, puis parler de la santé mentale aussi plus en général. Puis ils veulent que je m'implique un petit peu dans leur processus de développement au niveau de l'intervention en santé mentale. [...] Quand des ressources nous sollicitent, on essaie de répondre.*

Au terme de ces discussions, il est convenu de conserver ce point dans l'énoncé du modèle d'intervention, mais avec l'ajout de la réserve suivante : « Par contre, ce rôle est accompli dans le respect de la disponibilité des intervenants. La majorité d'entre eux accordent la priorité au suivi individuel de la clientèle qui leur est assignée » (modèle émergent).

Consensus pour retirer des idées de projets encore peu explorées. Plusieurs modes d'intervention sont retirés de l'énoncé du modèle, ceux-ci n'ayant pas fait l'objet d'intentions ou de projets vraiment discutés par l'ensemble des membres de l'équipe, ni de décisions arrêtées par rapport aux orientations et à la planification des services. Il s'agit des projets suivants :

- thérapie familiale;
- ligne infosanté mentale;
- suivi systématique de clientèles;
- approches de groupe : trouble bipolaire; troubles anxieux et développement des AVD/AVQ et des habiletés sociales;
- modèles de suivi en collaboration des personnes traitées une dépression ou ayant consulté à l'urgence à la suite d'une tentative de suicide;
- intégration du nouveau personnel et mentorat pour les nouveaux.

#### *Interdisciplinarité, partenariat et intersectorialité*

Dans la version proposée du modèle, les thèmes portant sur l'interdisciplinarité, le partenariat et l'intersectorialité sont regroupés. La partie concernant les rôles partagés entre les membres de l'équipe, ainsi que les diverses fonctions qui leur sont plus spécifiquement attribuées, ne soulève aucune discussion lors des rencontres de recherche de consensus. Il en est de même pour ce qui a trait aux plateaux d'échanges existant entre les membres. Les parties de l'énoncé en lien avec le rôle de conseiller clinique, les principes de co-développement et le partenariat font également l'objet de consensus, bien que des limites sont rapportées par les membres en regard de ces thèmes.

Consensus par rapport au rôle de conseiller clinique malgré des hésitations. Un questionnement est relevé par des membres de l'équipe à propos du double rôle attribué au conseiller clinique, c'est-à-dire le rôle de conseil d'une part et celui de supervision clinico-administrative d'autre part. Il s'agit de rôles difficilement conciliables selon certains. De plus, des membres doutent de la pertinence d'être supervisé par un professionnel provenant d'une discipline autre que la leur. Il leur apparaît donc préférable d'encourager les intervenants à demander conseil à la personne la mieux placée compte tenu du problème rencontré et de favoriser les échanges cliniques interdisciplinaires.

*C'est de la gestion clinico-administrative. Ils vont avoir à vérifier ou à évaluer finalement le travail des intervenants. Quant à moi, ce n'est pas ça un conseiller clinique. Un conseiller clinique, ça doit être quelqu'un qui t'aide à voir plus clair dans tes interventions et essayer de donner des orientations en fonction des difficultés que tu rencontres avec ta clientèle. (C4, 17).*

*Un psychologue qui supervise un travailleur social. [...] On ne parle pas du même cadre professionnel. On parle de quelqu'un qui utilise une autre approche, qui a une autre vision. [...] Les intervenants savent. J'ai tel problème avec tel client, il y a telle personne que je sens qui pourrait m'aider à ce niveau-là. Bien, elle y va et elle en discute. Je pense que tout le monde peut avoir la fonction de conseiller clinique. (C4c, 16).*

Il est tout de même convenu par les membres de mentionner la présence d'un conseiller clinique dans le modèle d'intervention, puisqu'il s'agit d'une pratique incontournable déjà instaurée dans toutes les équipes du CLSC.

*Consensus autour des stratégies de co-développement, mais conditionnelles à un climat de confiance accru dans l'équipe.* À la suite d'une formation suivie sur le co-développement, des membres de l'équipe se disent intéressés et prêts à appliquer des principes de ce processus lors de rencontres d'équipe. Cependant, il ressort des discussions que les connaissances et l'enthousiasme par rapport à cette approche varient d'un intervenant à l'autre. Sur le plan individuel, il va de soi que tous les intervenants réfléchissent sur la qualité et sur l'efficacité de leurs interventions et tentent de les améliorer. Par contre, il serait excessif d'affirmer que les intervenants le font ou ont l'intention de le faire d'une façon méthodique telle que suggérée dans le modèle de co-développement.

*Réfléchir sur les interventions, sur les façons de faire, les ajustements à apporter... [...] Effectivement tout le monde réfléchit. Peut-être différentes personnes à différents niveaux. Peut-être pas à un niveau structuré, réflexion méthodique sur les pratiques et les actions. [...] Non. Ça, ce n'est pas ça. (C4c, 35).*

L'énoncé proposé fait tout de même consensus. Celui-ci indique que les membres de l'équipe s'inspirent des principes du co-développement. Par exemple, une difficulté ou un thème peut être proposé par l'un d'eux et il s'ensuit un partage libre des expériences et des connaissances de chacun. La partie suivante est retirée de l'énoncé d'une version qui avait été proposée :

Dans une philosophie d'apprentissage dans l'action, chaque professionnel poursuit continuellement une démarche personnelle, visant à améliorer ses façons d'intervenir individuellement ou en équipe. Une réflexion méthodique sur ses pratiques et ses actions conduit à de nouveaux modèles d'action et de nouvelles connaissances (modèle émergent).

En dépit d'un partenariat à intensifier avec les équipes du CLSC, un consensus est établi sur l'énoncé. Par rapport au partenariat, des membres de l'équipe rapportent que les collègues des autres équipes du CLSC sont davantage sensibilisés au fait que les personnes, dont la condition par rapport à un trouble mental est stabilisée, doivent pouvoir se prévaloir des services de santé au même titre que tout autre individu. Certains vont plus loin en faisant remarquer que cela devrait aussi être le cas pour les personnes qui, malgré un trouble mental, requiert de l'aide pour traverser une épreuve comme la perte d'un être cher ou un divorce par exemple, s'il n'y a pas de décompensation significative par rapport au trouble mental.

*Dans les équipes, ça a cheminé énormément au niveau personnes âgées. Il y a une grosse différence comparé à avant. [...] Juste parce que le fait que la personne avait un problème de santé mentale, c'était fait, elle s'en allait en santé mentale, mais ça n'avait aucun rapport. (C3, 2).*

Cependant, pour ce qui a trait à des interventions conjointes ou concertées, les opinions exprimées indiquent que les pratiques ont peu changé.

*... qu'il y ait plus des collaborations comme ça entre les équipes pour des interventions auprès de certains clients. De ne pas toujours essayer de caser les clients à quelque part, mais plutôt leur donner les services dont ils ont besoin. [...] Est-ce qu'on peut moins travailler en vase clos, puis essayer de juste dire, bien c'est ton client, non c'est ton client? (C4c, 16).*

Malgré l'écart toujours présent entre la pratique et le principe de partenariat, le consensus est obtenu pour l'énoncé proposé qui fait état d'une collaboration entre les diverses équipes lorsque l'état du client le requiert.

#### *Réflexions de la chercheure durant cette cinquième étape*

Implication importante, mais prudente, des membres de l'équipe. La chercheure se réjouit de l'implication considérable des membres de l'équipe aux entrevues de recherche de consensus. Elle double, à leur demande, le nombre de rencontres prévu. De nombreux points obtiennent facilement et rapidement le consensus. Malgré ces aspects positifs, la chercheure a parfois l'impression que ses efforts pour amener l'équipe à clarifier et à

préciser ce qui est fait, ou ce qui pourrait mieux se faire, vont à contre-courant. Elle ressent une ambiance de prudence. Au lieu d'apporter des précisions, les membres de l'équipe optent plutôt, à son avis, pour des énoncés généraux qui pourraient englober à peu près toutes les situations susceptibles d'être rencontrées ou, sous le couvert d'une approche éclectique et systémique, toute intervention qui pourrait à toute fin être utile. C'est un peu comme si tout dépendait de tout.

Nommer des interventions découlant d'un courant de pensée du domaine de la psychologie soulève la controverse. Ce problème ne semble pourtant pas se poser dans les cas où il s'agit d'interventions apparentées avec des soins infirmiers ou des activités éducatives. Aussi, la chercheuse s'étonne qu'il y ait eu si peu de discussion sur les rôles spécifiques des différents professionnels formant l'équipe. Peut-être les membres ont-ils cherché à éviter les débats qui auraient pu être soulevés par l'énonciation d'interventions faisant l'objet de chasses gardées? La chercheuse ressent, à différents moments, une tension vécue dans l'équipe par rapport à cette question. Elle est parfois tentée de défendre le point de vue de quelques membres dont la voix lui semble moins prise en compte par leurs collègues. Elle s'efforce plutôt de ramener les différents points de vue le plus objectivement possible, dans l'espoir de favoriser la réflexion collective sur les idées, sans égard à leur provenance. Elle se garde de porter des jugements de valeur sur les arguments évoqués pour rejeter ou mettre de l'avant les choix discutés par les membres. Par contre, elle insiste pour noter les points pour lesquels un consensus n'a pu être établi. Les réactions des membres lui apparaissent de plus en plus vives au fur et à mesure que la fin du processus de recherche de consensus s'approche.

Appréhension d'une rupture à un moment donné. La chercheuse parvient difficilement à s'expliquer la vive réaction créée par le terme *spécifique* pour qualifier le programme de la Clinique sans murs ou le Service de psychothérapie. Elle a l'impression que les intervenants eux-mêmes ont insisté sur le caractère spécifique de leurs modes d'intervention, comme la psychothérapie par exemple, le programme basé sur le modèle de Linehan de la Clinique sans murs et ainsi de suite. Elle a entendu parler de clientèles particulières, de créneaux propres à chacun. C'est avec stupéfaction qu'elle entend des membres rapporter que l'énoncé du modèle laisse dans l'ombre l'équipe de base pour donner préséance au Service de psychothérapie et à la Clinique sans murs. Ce qui concerne



l'équipe de base constitue pourtant le sujet quasi exclusif de l'énoncé du modèle proposé et, vraisemblablement, de l'étude entière. Elle est également surprise d'apprendre que tous les membres de l'équipe interviennent auprès des personnes souffrant de troubles transitoires. Cette donnée lui semble contredire ce qu'elle avait entendu antérieurement.

Pressée par le temps, à la toute fin du processus, elle craint un moment de ne pas avoir saisi l'essentiel du modèle sur lequel elle recueille et collige des informations depuis nombre d'années. Elle se demande si la difficulté pourrait provenir du fait que l'énoncé, qui situe peut-être la psychothérapie et la Clinique sans murs au rang des services plus spécialisés, tel qu'elle croit l'avoir entendu tout au long de l'étude, aurait été saisi par des membres de l'équipe comme étant l'attribution de la supériorité d'un service par rapport à un autre. Quoi qu'il en soit, elle évite de défendre la formulation de la construction qu'elle a soumise aux membres de l'équipe. Elle tente de saisir leur perspective pour arriver à dissiper, dans une nouvelle version, ce sentiment de passer en second. Elle éprouve un soulagement en recevant les réactions positives à la version revue lors de sa présentation à la quatrième rencontre. Néanmoins, elle demeure avec un doute, à savoir si son incompréhension ne provenait pas, en partie, de contradictions toujours présentes dans l'équipe. La chercheuse se promet de demeurer prudente.

*Un exercice plus difficile que prévu.* La chercheuse se doute que nombre de grandes questions et de contradictions ont pu être évincées par des formulations générales ou neutres dans l'énoncé du modèle d'intervention. Peut-être n'était-ce pas l'endroit où il était possible de dissiper les ambiguïtés? Peut-être ce travail relevait-il d'autres instances ou d'autres niveaux de décision? Elle a le sentiment que l'énoncé présente, en apparence, une description plus complète du modèle d'intervention qu'il en est de la conception réelle pour la majorité des membres de l'équipe, puisqu'il comprend toutes les idées non rejetées, qu'elles aient été exprimées par un seul membre à un seul moment ou par tous les membres à différents moments. Il lui semble que les membres se limitent à rapporter ce qui se fait habituellement et à conserver les termes habituellement utilisés, sans remise en question. La chercheuse se demande si elle aurait pu agir autrement pour les amener à profiter davantage de cette occasion rare que représente une telle étude dans un milieu clinique pour actualiser au mieux un modèle d'intervention en santé mentale dans la communauté. Par contre, elle s'efforce de respecter les principes de l'évaluation de quatrième génération, en reflétant le

plus fidèlement possible les propos exprimés par les membres. Elle réalise jusqu'à quel point circonscrire des pratiques pour répondre à des besoins diversifiés et complexes, concilier la pratique quotidienne aux perspectives théoriques, et rallier différentes idéologies, tout ça dans un contexte en changement continu, demeure un exercice périlleux. La section suivante présente la version finale du modèle d'intervention issu du consensus établi entre les membres de l'équipe.

### *Résumé des rencontres de recherche de consensus, la cinquième étape*

Un énoncé de modèle d'intervention a été soumis aux membres de l'équipe en vue d'établir un consensus et d'aboutir à une version finale. L'alliance thérapeutique, les approches éclectique et systémique et les valeurs adoptées font consensus d'emblée. Par contre, du début à la fin du processus, la confusion relative à certains concepts fondamentaux a perduré, comme c'est le cas par exemple pour la première ligne versus les services spécialisés, ou les troubles graves versus les troubles transitoires. Plusieurs demandes apparaissent conflictuelles dans le contexte actuel où les ressources et les moyens sont nettement insuffisants, notamment en regard de la prévention, du rôle de ressource-conseil, de l'interdisciplinarité et du partenariat. Les plus grands débats au cours de cet exercice ont eu lieu autour de la structure du modèle suggérée dans une première version rédigée par la chercheuse à partir de ce qu'elle avait compris des propos exprimés par les membres. De plus, la notion de spécialisation plus grande de certains sous-programmes par rapport à d'autres qu'on pu laisser supposer certaines formulations a élevé de vives contestations. Une impasse par rapport à l'intervention de nature *psychothérapeutique* a provoqué de la déception chez certains membres. Les indications sur la durée des suivis sont formulées de façon à laisser une grande latitude. Le consensus est établi à propos du rôle d'un conseiller clinique malgré les limites que présente ce double rôle (conseil et supervision clinico-administrative). Les rôles des différents professionnels ne soulèvent aucune discussion. Les principes d'interdisciplinarité et de partenariat, bien que difficilement applicables, sont intégrés au modèle d'intervention. Le modèle d'intervention issu du processus de reconstruction est présenté dans la prochaine partie.

## *Modèle d'intervention issu du consensus entre les membres de l'équipe*

### *Définition du modèle*

Le modèle d'intervention de première ligne en santé mentale se définit comme un ensemble d'interventions variées et globales dispensées essentiellement dans la communauté. Ces interventions répondent aux besoins des personnes présentant un problème significatif dans les sphères clinique ou sociale en lien avec un trouble mental grave. Elles s'inscrivent également dans le traitement des personnes atteintes d'un trouble mental transitoire. La responsabilisation et l'autonomisation de la personne et l'utilisation optimale de l'ensemble des ressources disponibles se posent comme principes à la base de l'intervention.

### *Valeurs*

Respect. La personne est au centre de l'intervention. Comprise comme étant un être unique et à part entière, elle est acceptée de façon positive avec ses forces, ses limites et ses différences. Responsabilisée par rapport à sa vie et à sa santé, elle décide de ce qui lui convient. Ses décisions sont basées sur une compréhension la plus juste possible d'elle-même, de l'aide disponible et de ce qu'elle peut faire pour améliorer sa condition.

Espoir. Le développement de la personne et l'amélioration de sa condition de vie sont envisagés avec optimisme.

Accessibilité. La personne bénéficie, dans son milieu de vie, des interventions les plus appropriées par rapport à sa condition de santé. Les démarches pour se prévaloir de ces interventions sont simples. Les délais sont brefs ou appropriés à la situation.

Qualité. Les interventions sont dispensées par des professionnels compétents, ayant des connaissances à jour. L'équipe exerce un leadership bien affirmé en matière de santé mentale.

Efficiencia. La meilleure intervention possible est choisie en tenant compte des ressources disponibles.

Continuité. La multiplication inutile des intervenants, les interventions peu conciliables et la fragmentation des services sont évitées.

Interdisciplinarité. Dans les situations complexes, le travail d'équipe permet d'enrichir l'intervention par le partage des savoirs spécifiques de plusieurs disciplines. De plus, il fournit aux membres un soutien mutuel.

Partenariat. La personne bénéficie d'un partenariat efficace entre l'équipe, les ressources de la communauté et les autres services de santé. La collaboration et la collégialité entre les intervenants des différents milieux permettent d'apporter la meilleure réponse possible aux besoins et d'éviter les trous de services. Une telle collaboration se fonde sur la reconnaissance de la valeur du travail des partenaires, ainsi que sur une grande ouverture.

Intersectorialité. La collaboration avec les intervenants des autres secteurs que celui de la santé et des services sociaux a lieu lorsque leur contribution peut être utile pour atteindre les objectifs de santé fixés.

Confidentialité. Les échanges d'informations avec d'autres intervenants, partenaires ou proches aidants ont lieu lorsque la personne peut en retirer des bénéfices. Le consentement de cette dernière est nécessaire, à moins qu'elle ne soit en danger.

Créativité. La créativité, l'ingéniosité et la capacité d'innover sont encouragées dans le but d'améliorer continuellement les interventions.

#### *Clientèles ciblées et besoins*

La clientèle visée est caractérisée par son hétérogénéité. Deux groupes principaux se distinguent, notamment les personnes atteintes d'un trouble mental grave présentant des difficultés significatives dans les sphères clinique ou sociale et celles atteintes d'un trouble transitoire. Certaines personnes souffrent de plus d'un trouble mental (comorbidité). D'autres présentent un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, mais ce problème n'est pas la raison majeure de la demande d'aide. L'équipe maintient une ouverture pour

intervenir dans des cas particuliers qui cadrent difficilement avec les critères d'accès des différents services.

*Personnes atteintes d'un trouble transitoire important.* Les personnes atteintes d'un trouble mental transitoire, le plus souvent une dépression majeure, un trouble anxieux ou un trouble de la personnalité, vivent une détresse psychologique importante. La comorbidité fait souvent partie du tableau clinique. Par ailleurs, ces personnes ont conservé un niveau d'autonomie satisfaisant dans leurs activités habituelles. Elles ont une capacité d'introspection, d'analyse, ainsi que le désir de comprendre leurs difficultés et de travailler sur elles-mêmes pour parvenir à un mieux-être sur le plan psychologique.

Divers modèles théoriques orientent la compréhension des sources de difficulté à l'origine des problèmes ciblés. Ainsi, selon la situation et les croyances des cliniciens, la source de difficulté pourrait être identifiée comme étant des conflits ayant leur origine dans des expériences passées, ou d'une pensée caractérisée par des biais cognitifs, ou encore d'obstacles à l'actualisation de soi ou à l'adaptation dans des situations générant un stress important. Ces personnes peuvent ou non être suivies parallèlement par un psychiatre ou un médecin généraliste.

Les besoins de ces personnes sont les suivants :

- exercer le meilleur contrôle possible sur leur vie;
- connaître la nature, les symptômes et les traitements de leur maladie;
- prendre conscience de ce qui, dans leur vie, contribue au développement ou au maintien du trouble : façon de penser, événements passés, mécanismes de défense, conflits, faible estime de soi, relations interpersonnelles insatisfaisantes, comportements néfastes tels qu'une consommation abusive d'alcool et de drogues, etc.;
- apporter les changements possibles, selon leur motivation et leur capacité.

Il arrive que certaines personnes soient vues en priorité lorsqu'elles présentent une très grande détresse.

Personnes atteintes d'un trouble grave. Les personnes atteintes d'un trouble grave souffrent de schizophrénie, de maladie bipolaire, d'état dépressif récurrent, d'état délirant ou de trouble sévère de la personnalité. En dépit de leur vulnérabilité et des problèmes significatifs sur les plans clinique ou social qui accompagnent ces troubles, elles présentent un niveau d'autonomie et de fonctionnement fluctuant, mais relativement satisfaisant dans la communauté. Bien que la plupart des clientes ou des clients sont motivés à fournir des efforts en vue d'améliorer leurs conditions, certains entretiennent peu d'attentes et le but consiste plutôt à maintenir les acquis leur permettant de vivre dans la communauté. D'autres éprouvent de la méfiance à l'égard des professionnels de la santé, ce qui les rend peu enclins à solliciter ou à accepter des services malgré une grande détresse ou des conditions déplorables. La grande majorité d'entre elles sont suivies conjointement par un psychiatre. Une partie de ce groupe vit en *Résidence de type familial* (RTF).

Les principales sources de difficulté à l'origine des problèmes ciblés que présentent les personnes atteintes d'un trouble mental grave sont les suivantes :

- fluctuation des symptômes;
- difficulté à observer les mesures thérapeutiques prescrites;
- difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne et domestique;
- perte de confiance en ses capacités;
- faible estime de soi;
- diminution des habiletés sociales;
- réseau de soutien effrité ou inefficace;
- stigmatisation;
- difficulté à se réintégrer dans un rôle social significatif;
- problèmes de santé physique liés à la médication et à des habitudes de vie nocives (tabagisme, sédentarité, alimentation déficiente, abus d'alcool ou de drogues, etc.);
- conditions de vie précaires (déménagements fréquents, pauvreté, etc.);
- difficulté à se procurer les soins de santé que requiert leur état; et
- difficulté à gérer les situations nouvelles ou particulièrement stressantes.

Les besoins varient en fonction du niveau de désorganisation de ces personnes, de leur potentiel et de la qualité du soutien qui leur est disponible et qu'elles utilisent. Les besoins auxquels l'équipe tente de répondre sont les suivants :

- exercer le meilleur contrôle possible sur les symptômes et sur la répercussion de ceux-ci dans la vie;
- connaître la maladie et ses traitements;
- satisfaire les besoins de base (nourriture, logis, etc.);
- préserver ou développer les habiletés cognitives et sociales;
- garder espoir;
- développer et conserver un réseau de soutien affectif;
- développer l'estime de soi et la confiance en soi;
- renforcer le contrôle exercé sur sa vie;
- exercer un rôle social significatif;
- se maintenir en bonne santé sur le plan physique;
- se recréer;
- avoir des loisirs;
- développer la capacité de gérer des situations de crise; et
- recourir aux services de santé au besoin.

Lorsque des délais sont inévitables, la priorité est déterminée par l'estimation de cinq dimensions à l'aide d'une échelle : la dangerosité, la vulnérabilité, le potentiel de reprise de l'autonomie, le réseau de soutien et le risque de désorganisation (Grille d'établissement des priorité - urgence psychosociale). Un congé récent de l'hôpital et le fait d'avoir des enfants sous sa garde constituent d'autres éléments considérés pour établir la priorité.

Cas particuliers. La situation de certaines personnes ne cadre pas avec les critères d'accès spécifiques des différentes équipes ou services. Il peut s'agir par exemple de clients ou de clientes présentant des comportements problématiques liés à un traumatisme crânien, une déficience intellectuelle ou qui, bien qu'un diagnostic précis n'ait pu être posé, ne soient jamais parvenus à vivre de façon autonome. L'équipe garde une ouverture pour contribuer, avec d'autres services ou organismes, au maintien de ces personnes dans la

communauté. La règle est d'éviter qu'un client se retrouve sans services. Les besoins des personnes de ce groupe ne peuvent être identifiés que cas par cas.

### *Interventions*

Alliance thérapeutique. Le savoir être demeure un fondement indubitable de l'intervention. L'intervenant entre en contact avec la personne en lui manifestant un intérêt sincère et de la considération. Son approche est empreinte d'empathie et d'authenticité. L'alliance thérapeutique implique des objectifs issus d'un accord négocié entre la personne et l'intervenant, ainsi qu'un investissement de part et d'autre dans les actions à produire pour les atteindre. Créer une alliance thérapeutique solide peut nécessiter plusieurs rencontres lorsqu'il s'agit d'une personne atteinte d'un trouble mental grave. Des visites dans le milieu de vie de la personne ou durant son hospitalisation, ou l'assistance pour des besoins concrets, constituent des moyens parfois utiles.

Démarche thérapeutique. L'intervenant de l'équipe vers lequel la personne est orientée (intervenant assigné) détient au départ des informations sommaires provenant d'une évaluation variant selon l'origine de la référence. Il peut s'agir d'une évaluation psychiatrique, médicale ou provenant d'une autre ressource, ou encore d'une exploration réalisée par un membre de l'équipe AEO lorsque la personne se présente directement au CLSC. Ces renseignements ont permis au *Comité d'accès* d'orienter la cliente ou le client vers le service le plus approprié. Ce comité est formé de l'agente de liaison, des représentants des différents services de santé mentale du CRSSS, ainsi que des partenaires d'autres secteurs selon les problématiques qui se présentent.

Toute évaluation, quel qu'en soit le type, tient compte des aspects affectifs, cognitifs, physiques, sociaux et comportementaux de la personne. Plus spécifiquement, l'intervenant, selon sa discipline, complète les données par une évaluation psychologique ou psychosociale (guides et formulaires spécifiques), ou encore par une évaluation de la condition physique et mentale et de l'observance du régime thérapeutique. L'évaluation psychologique comprend le motif de la consultation (difficultés rencontrées par la personne), l'anamnèse détaillée et les observations cliniques complémentaires. L'évaluation psychosociale porte sur les motifs de la demande, les attentes de la personne, le problème, le système (individu, couple, famille), les moyens déjà mis en oeuvre, la motivation et les



forces présentes. L'évaluation de la santé mentale porte sur des caractéristiques comme l'humeur, l'attention ou la mémoire par exemple. L'évaluation de l'état de santé physique tient compte de l'observance du régime thérapeutique (médication, visites médicales, etc.), des effets des médicaments, des signes pouvant suggérer la présence d'un problème de santé physique ou son aggravation et des habitudes de vie. L'intervenant assigné fait appel à la collaboration d'un ou d'une collègue d'une autre discipline lorsqu'il juge qu'une évaluation complémentaire par rapport à une dimension spécifique (aspect psychologique, social ou biologique, ou le fonctionnement) pourrait être utile pour planifier l'intervention.

L'évaluation se fait dans les meilleurs délais possibles. Dans le cas des personnes atteintes d'un trouble grave, une prise en charge rapide aide à prévenir une décompensation plus grande ou à favoriser la transition entre l'hôpital et la communauté. Si possible, l'intervenant débute l'évaluation à l'hôpital avant le congé. L'évaluation dans le milieu de vie de la personne est privilégiée compte tenu de la richesse des informations qu'elle fournit. À la suite de l'évaluation, le clinicien se fait une opinion sur le problème et sur l'aide à apporter.

L'évaluation permet d'identifier les problèmes que rencontre la personne. Une démarche de résolution de problèmes se poursuit avec l'établissement d'objectifs. L'intervenant invite la personne à réfléchir sur ce qui lui apporte le plus de souffrance, sur ce qu'elle souhaite améliorer par rapport à sa santé et à sa condition de vie. Sur un mode interactionnel, il partage avec le client son opinion par rapport aux améliorations souhaitables. L'intervenant aide la personne à distinguer ce qui est attribuable à la maladie et qui peut difficilement être changé des aspects sur lesquels elle a un pouvoir.

Ce processus de co-analyse aboutit à une prise de décision conjointe sur les objectifs à poursuivre, ceux que le client valorise et qui sont susceptibles de produire un plus grand impact positif. Il importe que l'intervenant entretienne des attentes réalistes qui tiennent compte des capacités réelles de la personne à satisfaire de façon autonome ses besoins. Surévaluer les capacités de la personne risquerait d'entraîner du découragement tandis que les sous-estimer pourrait conduire à une dépendance induite.

L'intervenant aide ensuite la personne à élaborer un plan d'action. Il suscite des questions, des réactions, l'exploration de nouvelles avenues. Il guide vers des choix éclairés et réalistes. Les moyens à prendre pour atteindre les objectifs fixés, ainsi que les rôles et les tâches de chacun, résultent d'un consensus.

La personne suivie exécute le plan d'action. L'intervenant l'incite à réfléchir sur l'efficacité de ses actions par rapport aux objectifs fixés, sur les événements qui en facilitent ou en entravent l'atteinte. Il apporte du soutien. Le cheminement est évalué tout au long du processus. Il révisé les objectifs avec la personne en tenant compte de ses succès, de sa motivation et de son potentiel. Il révisé le plan d'intervention et aide le client à planifier des actions plus adéquates. Une fois les objectifs atteints, il prépare, avec la personne, la fin de l'intervention.

Services offerts sur un continuum. L'équipe offre, sur un continuum, différents services selon les besoins que présentent les divers types de clientèles<sup>4</sup>. Ces services sont présentés dans le tableau 6.

Suivi dans la communauté. L'établissement privilégie l'approche systémique. Celle-ci constitue la toile de fond de l'intervention. L'individu est vu fondamentalement comme étant au cœur de différents sous-systèmes. Les interventions découlent de la compréhension du fonctionnement de l'individu par rapport à ses sous-systèmes (famille, emploi, entourage, couple). Cette compréhension est un préalable à l'amélioration des interactions entre la personne et son environnement. L'intervenant aide la personne à reconnaître non seulement ses propres forces et ressources, mais aussi celles présentes dans son milieu. Il peut s'agir de parents ou d'amis, du voisinage, de ressources communautaires ou d'autres services. Il agit de façon à mobiliser ou à renforcer ce réseau pouvant contribuer à la satisfaction des besoins de la personne. Ceci implique une intervention réalisée principalement dans le milieu de vie de la personne.

---

4. L'étude qualitative à la base du modèle porte essentiellement sur le suivi dans la communauté.

Tableau 6

*Services offerts par l'équipe de base Santé mentale du CLSC*

Personnes présentant des problèmes significatifs dans les sphères clinique et sociale, liés à un trouble mental grave ou transitoire	Personnes présentant un trouble transitoire important (axe I) mais dont l'autonomie fonctionnelle est préservée	Personnes présentant un trouble de la personnalité (axe II)
Suivi dans la communauté : selon la problématique, l'accent est mis sur une ou sur plusieurs des dimensions suivantes :	Service de psychothérapie individuelle  OU	Service de psychothérapie de groupe : <i>Clinique sans murs</i> <sup>6</sup> (programme court ou long) combiné à un suivi psychosocial
Aspect social Aspect fonctionnel Dimension physique Dimension psychologique.	Service de psychothérapie de groupe pour les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur <sup>5</sup>	OU  Service de psychothérapie individuelle  OU  Suivi psychosocial individuel

Étant donné la diversité des situations rencontrées, l'intervenant a une *approche éclectique* s'inspirant des différentes écoles de pensées ou modèles théoriques pour adapter au mieux ses stratégies. Il utilise sa sensibilité, son intuition et son jugement pour décider de ce qu'il convient de faire.

Interventions usuelles. L'intervenant choisit parmi diverses façons d'intervenir celles qui lui apparaissent les plus appropriées et les adapte selon les situations. Les interventions suivantes ressortent comme étant celles les plus fréquemment utilisées. Certaines correspondent à des actes réservés à certains professionnels (voir la section *Interventions spécifiques selon la discipline de l'intervenant*).

<sup>5</sup>. L'intervention de groupe pour les personnes présentant un trouble de l'humeur est en élaboration au moment de l'étude.

<sup>6</sup>. Les interventions de la Clinique sans murs sont décrites en détails ailleurs : Programme de traitement pour personnalité limite (2002).

■ Psychoéducation auprès de la personne et des proches aidants. En lien avec les objectifs visés, l'intervenant encourage la personne et ses proches aidants à participer à des programmes psychoéducatifs de groupe disponibles au CLSC ou dans la communauté. En complément, il met ses connaissances au service de la personne et de ses proches. Il explore leur compréhension sur les thèmes les plus importants, détecte les fausses croyances, corrige ou complète au besoin les connaissances par rapport à la nature de la maladie, aux facteurs qui contribuent à son développement ou à son maintien, aux mesures pouvant aider à diminuer les symptômes et leurs conséquences et à prévenir les rechutes. De même, il discute de l'influence des habitudes de vie sur la santé (nutrition, activité physique, consommation d'alcool ou de drogues, etc.). L'utilisation des ressources communautaires pouvant apporter du soutien et des services de santé fait aussi partie de l'enseignement. L'intervenant répond aux questions ou aux préoccupations personnelles qui pourraient difficilement être discutées durant les activités menées par les organismes communautaires ou en groupe. Des lectures ou guides adaptés sont suggérés selon les intérêts de la personne et de ses proches. Par le biais de son enseignement, il cherche à valoriser la personne et ses proches et à renforcer leur motivation. L'intervenant veille à tenir à jour ses connaissances.

■ Suivi du traitement pharmacologique. La conscientisation et la sensibilisation à l'importance de la médication dans le traitement sont des aspects particulièrement importants. Les activités psychoéducatives permettent de valider et de compléter les connaissances de la personne et de ses proches aidants sur la médication prescrite (effets attendus, effets secondaires à surveiller et à rapporter, moyens de réduire les effets indésirables, arrêt de la médication, etc.). S'inspirant de l'approche humaniste, l'intervenant, avec empathie, aide la personne à reconnaître et à exprimer ses préoccupations, ses croyances et son ambivalence par rapport aux traitements. Il l'aide à augmenter sa conscience des bénéfices et des coûts associés aux traitements, et à surmonter ses contradictions. Ceci rejoint les principes de la thérapie d'observance (*Compliance Therapy*), dans laquelle le *counseling* est centré spécifiquement sur les changements d'attitudes ou de comportements en rapport avec le traitement pharmacologique. L'accent est mis sur la responsabilité du client. L'intervenant vérifie si la médication est prise adéquatement, administre les neuroleptiques à longue action, prévient et détecte les problèmes tels que la toxicité, les interactions médicamenteuses

non désirées. Il apporte le soutien nécessaire (liens avec pharmacie, aide-mémoire, etc.). Au besoin, il contribue avec le médecin ou le psychiatre afin d'assurer à la personne un traitement sécuritaire et optimal par rapport à la pharmacothérapie (rendez-vous, transmission d'observations, etc.).

■ ■ ■ **Monitoring de l'état de santé physique.** L'intervenant évalue la situation de santé de la personne, procède à l'examen physique. Il prodigue les soins requis selon les problèmes de santé qui affectent souvent la clientèle visée (diabète, plaies, cardiopathies, etc.). Il discute avec la personne des liens entre son style de vie et sa santé. Il l'accompagne dans les changements favorables en tenant compte de ses intérêts et de sa motivation. Il aide la personne à augmenter sa capacité de solliciter les soins médicaux que requiert son état de santé. Il assure au besoin la liaison entre elle et son médecin de famille ou le médecin attitré à l'équipe.

■ ■ ■ **Soutien aux besoins de subsistance.** L'intervenant aide la personne à se procurer les éléments essentiels à la satisfaction de ses besoins fondamentaux (logis, nourriture, etc.). Il guide la personne dans les démarches à accomplir en tentant d'augmenter son niveau d'autonomie. Au besoin, il sollicite pour elle de l'aide auprès de ressources (comptoirs, hébergement, etc.). Il tente, du même coup, de servir de modèle.

■ ■ ■ **Soutien et consolidation du réseau de soutien.** L'intervenant peut servir temporairement de réseau de soutien. Il écoute la personne, lui démontre de la considération et de l'intérêt. Il l'encourage à exprimer ses craintes, sa souffrance et ses frustrations. Il souligne les efforts qu'elle fournit, reconnaît ses succès et la valorise. Dans les périodes où la personne devient plus vulnérable ou dans les situations de stress accru, l'intervenant intensifie le soutien qu'il lui procure. Il peut être rejoint par le client dans les quarante-huit heures. À l'inverse, des limites sont imposées dans les cas où la personne refuse de collaborer alors qu'elle en aurait la capacité ou, par exemple, lorsqu'elle présente des comportements contre-productifs tels qu'une consommation abusive d'alcool ou de drogues, ou des comportements violents. L'intervenant aide la personne à construire un réseau de soutien ou à consolider celui déjà présent. Les ressources disponibles ou potentielles sont identifiées. L'intervenant explore avec la personne comment elle utilise ou pourrait utiliser ces ressources. Si indiqué et si la

personne accepte, l'intervenant l'introduit auprès d'organismes communautaires. Une grande connaissance des organismes pouvant procurer du soutien s'avère donc essentielle. Par des visites ou des contacts réguliers avec les personnes qui y travaillent, l'intervenant veille à entretenir des liens harmonieux et des collaborations stratégiques. L'intervenant fournit également du soutien aux proches aidants et aux responsables de RTF en les rassurant et en les valorisant. Il encourage les proches à solliciter du soutien auprès d'autres parents et amis, voisins ou organismes voués à cette cause.

■ ■ Restructuration des distorsions cognitives. L'intervenant s'inspire, s'il le juge indiqué, de l'approche cognitivo-comportementale. Par exemple, par rapport à des problèmes liés à un manque de confiance en soi ou d'estime de soi, ou à des difficultés interpersonnelles, il guide la personne dans l'exploration de ses croyances, l'aide à identifier les distorsions cognitives qui teintent ses pensées, et les effets de ces distorsions sur ses émotions et ses comportements. Ensuite, il aide la personne à remplacer ses pensées exagérément pessimistes par un dialogue interne plus réaliste. Il apprend à la personne à réaliser elle-même cette démarche de restructuration de la pensée. Une attitude empreinte d'empathie, de compréhension et d'acceptation demeure essentielle dans ce processus.

■ ■ Développement des habiletés dans les activités de la vie quotidienne et domestiques (AVQ/AVD), et des habiletés sociales. Le suivi psychosocial en cours peut être renforcé par une intervention individualisée, structurée, visant l'acquisition d'habiletés sur le plan des AVQ, des AVD et des habiletés sociales. L'enseignement se fait essentiellement sur le terrain (accompagnement à l'épicerie, à la banque, etc.), selon des objectifs et un échéancier précis.

■ ■ Soutien à l'intégration socioprofessionnelle. L'intervenant encourage la personne à demeurer active sur le plan occupationnel, à s'investir dans un rôle significatif et valorisant dans sa communauté, de façon à utiliser et à développer son potentiel. Il l'encourage par exemple dans sa recherche d'emploi ou dans ses démarches pour un retour aux études. Il apporte également du soutien lorsque la personne débute un nouvel emploi ou d'autres activités qui génèrent un stress inhabituel. Il intervient auprès de l'employeur ou d'autres personnes pouvant faciliter la réintégration du client ou de la

cliente. Il tente de dissiper des préjugés défavorables s'il y a lieu, d'informer l'entourage sur les attitudes et les comportements à privilégier avec la personne. L'intervenant fait appel aux programmes chargés de faciliter l'accès au travail (Centre Local d'Emploi, Services externes de main-d'œuvre, Comité d'adaptation de la main-d'œuvre, Office des personnes handicapées du Québec) de façon à ce que la personne bénéficie de services de maintien au travail ou d'orientation vers des programmes spécifiques adaptés. Les intervenants du secteur de la santé mentale et ceux du secteur de l'emploi tentent de créer une synergie favorisant la réintégration de la personne.

■ ■ Intervention dans les situations de crise. Dans les situations de crise, le client ou ses proches peuvent faire appel à l'intervenant assigné. Ce dernier, ou un autre membre de l'équipe en son absence, rappelle le client dans les plus brefs délais, généralement le jour même ou parfois le lendemain. Par ailleurs, il arrive que l'intervenant rencontre, dans le cadre de sa pratique, d'autres personnes en situation de crise qui ne font pas partie de la clientèle qui lui est assignée. Il incite ces personnes à solliciter les services que requiert leur état. Il les oriente vers l'AEO du CLSC ou vers le *Centre de crise*. Si la situation présente un danger imminent pour la personne ou pour autrui, l'intervenant conseille aux proches de demander l'intervention des policiers ou en fait lui-même la demande si aucun proche n'est en mesure de le faire.

Durée du suivi. La durée du suivi varie, entre autres, avec les besoins de chaque personne, les événements et le soutien disponible. Ainsi, il ne pourrait y avoir de limites maximales précises. De façon générale, il prend fin lorsque le fonctionnement de la personne est satisfaisant et stable et qu'un réseau de soutien suffisamment efficace est en place. Si la personne et son entourage sont hors de danger, le suivi peut aussi être cessé lorsque l'évolution vers un scénario meilleur apparaît peu probable ou lorsque la personne a peu d'attentes ou n'a pas la motivation nécessaire pour s'engager dans une démarche de résolution de problème ou dans la relation avec l'intervenant. Une fois le suivi cessé, le dossier demeure actif durant six mois. Après cette période, la demande d'une personne revient à l'AEO.

Intensité du suivi. L'intensité du suivi varie en fonction du niveau de désorganisation de la personne, de sa souffrance, des problèmes de santé physique présents

et du réseau de soutien. L'intensité de l'aide apportée par rapport à la dimension psychosociale et au traitement varie dans le temps. Généralement, les rencontres sont plus fréquentes au début du suivi, qui correspond souvent à la période de post-hospitalisation, de même que lors d'une recrudescence des symptômes ou des périodes de stress accru risquant d'entraîner une rechute. Le rythme, établi en fonction des besoins de la personne, peut être de une, deux ou même trois rencontres par semaine durant ces périodes. Le plus souvent, les rencontres ont lieu aux deux semaines environ, à part les interventions téléphoniques et les interventions plus spécifiques comme celles produites par l'éducatrice spécialisée ou l'infirmière. Vers la fin du suivi, les visites sont espacées graduellement. Elles deviennent mensuelles. La durée des rencontres varie selon la situation, les besoins de la personne et les objectifs visés. Elle peut être de quelques minutes à une demi-journée s'il s'agit de visites d'organismes communautaires ou d'un accompagnement à l'urgence par exemple.

Service de psychothérapie individuelle. Le psychologue conduit la psychothérapie individuelle selon l'école de pensée qu'il a choisie d'adopter. Il peut s'agir d'une thérapie d'orientation analytique, humaniste, cognitivo-comportementale ou systémique. Lorsqu'il le juge approprié, il a recours à diverses stratégies empruntées à d'autres écoles de pensée. Les entrevues individuelles ont lieu aux deux semaines. Elles pourraient exceptionnellement être plus fréquentes en cas de grande détresse ou d'idées suicidaires. La durée d'une psychothérapie individuelle ne peut être prévue à l'avance puisqu'elle dépend du rythme de la personne et de la problématique sous-jacente aux symptômes. La psychothérapie prend fin lorsque des objectifs fixés au départ avec la personne sont atteints et que celle-ci manifeste un certain bien-être sur le plan psychologique.

Services de psychothérapie de groupe. Les personnes souffrant d'un trouble de personnalité à structure limite grave ou de traits de personnalité occasionnant des problèmes peuvent participer à un programme basé sur le modèle de *Thérapie comportementale dialectique* offert dans le cadre de la Clinique sans murs. Dépendamment de la gravité du trouble, les clients sont orientés soit vers le programme long (trois ans), soit vers le programme court (six à neuf mois<sup>7</sup>). La participation au groupe est généralement accompagnée d'un suivi psychosocial individuel. Les interventions de groupe et de suivi

---

7. Le démarrage de ce groupe est prévu pour le début de l'année 2005.



sont basées sur les principes de responsabilisation de la personne face à ses difficultés et de prévisibilité. Le programme court prévoit un encadrement moins rigide que le programme long. Contrairement au programme long, les clients peuvent avoir accès au programme court par référence, sans évaluation psychologique préalable.

Un groupe de psychothérapie visant le traitement des troubles de l'humeur, basé essentiellement sur l'approche cognitivo-comportementale, est sur le point de débiter.

Ressource-conseil. Tous les professionnels et les professionnelles des différents programmes du CLSC interviennent dans une certaine mesure auprès des personnes touchées par une problématique de santé mentale, mais dont la condition est relativement stable et les besoins relatifs au trouble mental ne sont pas prédominants. Tous sont en mesure de faire de la relation d'aide et d'apporter du soutien. Ainsi, l'équipe de *Soutien à domicile* ou l'équipe des *Soins courants* assurent les soins de santé physique des clients tant et aussi longtemps que l'état de santé mentale de ceux-ci n'en entrave pas sérieusement la réalisation. Il en est de même pour l'équipe Jeunesse-enfance-famille. Lorsque le problème de santé mentale s'aggrave au point d'outrepasser le rôle ou les compétences des intervenants des autres équipes, ces derniers peuvent solliciter l'avis de l'un des membres de l'équipe de base Santé mentale pour vérifier comment, si possible, le plan d'intervention pourrait être ajusté pour permettre pour la continuation du suivi. Il peut aussi être question d'évaluer avec l'agente de liaison la pertinence de présenter le cas au Comité d'accès en vue d'établir un plan d'intervention conjoint ou de le transférer à l'équipe de base Santé mentale. Un membre de l'équipe peut procéder à l'évaluation de la personne référée au Comité d'accès en cas de doute sur la ressource la plus appropriée.

Dans le cadre de la Clinique sans murs, de la formation et de la supervision par rapport à l'intervention auprès des personnes souffrant de trouble de la personnalité sont dispensées de façon continue aux intervenants de l'équipe ainsi qu'aux intervenants d'autres CLSC de la région.

Par ailleurs, les membres de l'équipe sont aussi accessibles aux intervenants des organismes communautaires. Ils apportent des conseils ou leur soutien à des activités telles que de l'animation de groupe par exemple. Par contre, ce rôle est accompli dans le respect

de leur disponibilité. La majorité d'entre eux accordent la priorité au suivi individuel de la clientèle qui leur est assignée.

*Interdisciplinarité, partenariat et intersectorialité*

Rôles partagés. L'équipe est composée de professionnels provenant des disciplines suivantes : travail social, sciences infirmières, éducation spécialisée et psychologie. Un médecin est attiré à l'équipe. Les différents professionnels interviennent dans des créneaux spécifiques et complémentaires dont le suivi psychosocial dans la communauté, la psychothérapie individuelle ou de groupe, le suivi par rapport au traitement du trouble mental et à la santé sur le plan physique, et l'éducation par rapport aux AVQ, AVD et aux habiletés sociales. Le rôle d'intervenant assigné consiste essentiellement à faire l'évaluation psychologique ou psychosociale, selon sa discipline et son créneau, à établir et à exécuter le plan d'intervention. Les personnes sont orientées vers un type de professionnel plutôt qu'un autre en raison de la nature de leurs besoins prédominants. Les frontières entre les rôles sont souples de façon à répondre, au mieux de ses moyens, à l'ensemble des besoins de la personne et de ses proches aidants.

Lorsque que les situations sont complexes ou particulièrement ambiguës, que les résultats obtenus sont mitigés ou que la personne présente des difficultés en lien plus étroitement avec la dimension psychologique, biologique ou sociale, l'intervenant assigné demande une évaluation complémentaire à un collègue ayant l'expertise voulue par rapport au problème présagé. La collaboration peut se limiter à une évaluation plus spécifique faite par le collègue, à des conseils ou à une révision du plan d'intervention. Elle peut également prendre forme dans des activités partagées, efficacement planifiées en concertation. Autant que possible, les forces et les intérêts de chaque membre sont mis à contribution.

Il en va de même si le besoin fait appel à d'autres équipes du CLSC telles que l'équipe Jeunesse-enfance-famille ou l'équipe des Soins à domicile. La collaboration est définie dans un plan d'intervention.

Des services spécialisés (SIM, CEP, hospitalisation) deviennent parfois nécessaires en raison de la persistance du problème, de sa complexité ou de son degré de sévérité. De même, des problématiques requièrent une expertise plus spécialisée que celle disponible au

CLSC, notamment les problèmes graves essentiellement liés à l'alcoolisme et à des toxicomanies, à une personnalité antisociale, aux troubles alimentaires, au jeu pathologique, aux déviances sexuelles, aux troubles organiques ou à la déficience intellectuelle. L'intervenant accomplit, selon les protocoles existants, les démarches nécessaires pour référer la personne aux services les plus appropriés. Il reconsidère son implication dans le plan d'intervention en tenant compte de l'importance de la problématique de santé mentale. Des actions pourraient aussi être entreprises avec des acteurs d'autres secteurs : emploi, logement, éducation, transport ou autres. Des interventions provenant de différentes équipes ou ressources sont colligées dans le Plan de services intégré, toujours avec l'accord de la personne et avec sa participation.

À un autre niveau, certains membres de l'équipe siègent sur des comités de travail réunissant différents partenaires : *Plan d'action local*, *Comité interprogrammes* du CLSC, *Comité aviseur*, etc.

*Travailleuse ou travailleur social.* La compétence particulière du travailleur social ou de la travailleuse sociale se situe sur le plan de la résolution de problèmes liés au fonctionnement dans la communauté, à la satisfaction des besoins de base et à la sécurité de la personne, tels que la conservation d'un logis, la reconstitution d'un réseau social, la réintégration socioprofessionnelle et l'acquisition d'un niveau d'autonomie optimal. L'une des travailleuses sociales de l'équipe assume le rôle d'agente de liaison. Une autre travailleuse sociale est rattachée exclusivement à l'intervention de groupe dans le cadre de la Clinique sans murs et du Groupe pour les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur.

*Infirmière ou infirmier.* L'infirmière assure le suivi biopsychosocial dans la communauté. Par ailleurs, ses fonctions spécifiques ont trait à l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne. Elle porte une attention particulière aux problèmes de santé physique pouvant avoir une influence sur l'évolution des troubles mentaux, de même que sur les effets de la médication ou autres facteurs de risque pour la santé physique. Elle ou il dispense les soins infirmiers requis et collabore avec le médecin pour assurer un suivi médical adéquat. L'infirmière offre les services de soins infirmiers à la clientèle vivant en RTF.

Éducateur ou éducatrice spécialisée. L'éducatrice spécialisée se concentre essentiellement sur les activités d'apprentissage des AVQ, des AVD et des habiletés sociales. Elle assure le suivi de quelques clients, mais agit surtout en soutien aux autres intervenants.

Psychologue. La spécificité du psychologue concerne l'évaluation psychologique de la personne. Un des psychologues de l'équipe offre le service de psychothérapie individuelle s'adressant aux personnes présentant un trouble transitoire sur l'axe I, dont le fonctionnement dans la vie quotidienne est préservé. Se retrouvent également dans sa clientèle quelques personnes ayant des troubles mentaux sur l'axe II. Il assume également la fonction de conseiller clinique pour les membres de l'équipe. L'autre psychologue s'occupe essentiellement des activités réalisées dans le cadre de la Clinique sans murs, donc de la psychothérapie de groupe ou individuelle s'adressant à des personnes souffrant d'un trouble sévère de personnalité à structure limite. Il dispense également la formation et la supervision des intervenants impliqués auprès de la clientèle de la Clinique sans murs.

Plateaux d'échanges entre les membres de l'équipe. Les divers professionnels sont encouragés à se consulter entre eux de façon informelle pour discuter des situations complexes dans lesquelles ils interviennent. Ceci leur permet de valider leurs plans d'intervention ou de l'enrichir à l'aide d'un regard extérieur ou d'un point de vue provenant d'une autre discipline. Les échanges collégiaux procurent aux cliniciens un soutien précieux et un sentiment d'appartenance. De façon plus formelle, des lieux d'échanges entre les membres sont réservés mensuellement pour des rencontres de concertation clinique ou administrative. Des rencontres bilans entre les intervenants lors de suivis conjoints ont lieu régulièrement à la fin de chaque période de la thérapie pour les clients de la Clinique sans murs.

Développement de l'équipe et renouvellement des pratiques. Dans le cadre des rencontres, les membres de l'équipe s'inspirent des principes de co-développement pour enrichir leur réflexion et leurs discussions. Pour ce faire, un membre de l'équipe soumet une difficulté qu'il rencontre dans sa pratique ou propose un thème particulier (alliance thérapeutique par exemple). Chacun partage librement son point de vue par rapport à la

question soulevée. Sont mises à profit les compétences, les connaissances et les expériences de chacun.

Les Dîners de la connaissance sont des sessions formatives où tous les intervenants du CLSC sont invités. C'est un lieu où les cliniciens partagent avec des collègues du CLSC le contenu présenté dans les derniers colloques.

La formation continue des membres de l'équipe est encouragée et facilitée. Les membres se concertent entre eux pour convenir de leurs besoins de formation, des compétences qu'ils souhaitent développer afin d'améliorer la réponse aux besoins des clientèles auprès de qui ils interviennent. Les formations réunissant les intervenants des divers services et ressources, tels que des colloques ou autres formes d'activités scientifiques, représentent de précieuses occasions d'échanger en plus de permettre une mise à jour des connaissances.

Supervision d'un conseiller clinique. La fonction de conseiller clinique est attribuée à un psychologue de l'équipe. Les intervenants y ont recours lorsqu'ils ressentent le besoin de discuter d'une situation complexe impliquant la dimension psychologique chez la personne ou pour obtenir des conseils sur la façon de dénouer une impasse. Le conseiller apporte un éclairage de la dimension psychologique de la problématique et propose de nouvelles pistes d'intervention.

Par ailleurs, le conseiller clinique assume un rôle de supervision pour chacun des suivis attribués aux intervenants de l'équipe. Ainsi, il revoit, avec l'intervenant le problème à l'origine, les objectifs poursuivis, les interventions appliquées, les résultats obtenus et l'échéancier. Son rôle consiste à aider l'intervenant à structurer son travail selon les modalités établies (outils pour consigner les données, etc.). Ce travail de supervision se fait au cours de rencontres individuelles, mensuelles, prévues dans un horaire préétabli.

Recherche-action. Les membres participent occasionnellement à des projets de recherche-action en lien avec leurs pratiques, en collaboration avec des partenaires du milieu universitaire. Ils s'approprient des résultats issus de ces recherches.

## Évaluation de la démarche réalisée

Cette section répond plus spécifiquement à la première question de recherche qui était : *Comment un processus de reconstruction inspiré de l'évaluation de quatrième génération peut-il aider une équipe de base en santé mentale à consolider son modèle d'intervention?* Cette partie présente les perceptions des membres de l'équipe de base Santé mentale par rapport aux gains et aux avantages de la démarche réalisée, de même qu'aux aspects moins favorables. Ces données ont été récoltées lors d'une entrevue de groupe à laquelle sept membres ont participé. Rappelons que cette entrevue a été réalisée par une autre personne que la chercheure (voir la méthode au chapitre précédent).

### *Points de vue des membres de l'équipe*

Objectif atteint : un modèle d'intervention est énoncé. Les membres de l'équipe se rappellent combien leur motivation au départ était considérable et leurs attentes élevées.

*Dès les premières rencontres, on était content de le faire, on avait une difficulté depuis quelques années à s'identifier ou à trouver notre modèle et on était content, on espérait beaucoup. (26).*

Leurs propos indiquent qu'ils considèrent l'objectif atteint, c'est-à-dire que leur implication dans l'étude a permis d'énoncer un modèle d'intervention dans lequel ils disent se reconnaître. La structure de leur équipe, leurs valeurs, les besoins ciblés, leurs pratiques et leurs rôles leur apparaissent plus explicites. Les sources de confusion et leurs dissensions sont identifiées plus clairement. Des membres rapportent que cet exercice leur a donné l'occasion de dresser un bilan de l'évolution des services rendus par l'équipe tout en suscitant des questionnements sur les perspectives futures.

*Au niveau de l'efficacité tu sais, c'était quand même un défi de taille. Elle partait de rien, il n'y avait rien d'assis. [...] Mais tu sais, c'est vraiment bien ramassé. [...] C'est tout ramassé. (31).*

*Rien n'était rattaché comme tel. [...] Je me disais après l'entrevue, on soulève plein, plein de questions ou plein de problèmes... [...] C'était comme, ça va mener où? On soulève tout ça, mais il y a comme des difficultés qui sont d'un niveau où je ne croyais pas, à ce moment-là, que cette recherche aurait pu donner, avorter sur quelque chose de l'un finalement. [...] Au niveau du modèle de savoir que tout est rattaché, on sait*

*qui fait quoi finalement au niveau des équipes, tout ça. Ça, je trouve ça super intéressant. (17).*

*Ça s'est défini à partir justement des entrevues, tu réfléchis, tu vois que ce n'est pas clair pour tout le monde, que c'est la même affaire, les perceptions sont différentes. Puis on voit que maintenant, c'est plus uniforme. (15).*

*Ce qui a été aidant, c'est de connaître... [...] ... elles étaient où nos difficultés pour mieux structurer le modèle, pour le rendre plus efficace. Pour que l'équipe soit plus cohérente ensemble. D'habitude, quand les obstacles sont écrits noir sur blanc à quelque part, on est plus capable de s'y attaquer. (19).*

Des membres de l'équipe disent entrevoir différentes utilités à leur modèle d'intervention. Entre autres, ils comptent s'en servir comme outil de référence pour faire valoir leurs points de vue dans les discussions qui sont sur le point d'être enclenchées dans le cadre du processus de fusion entre le CHSLD-CLSC et le CH. La force de ce modèle réside dans le fait qu'il est écrit, qu'il provient d'une réflexion individuelle et collective et qu'il fait l'objet d'un consensus.

*Parce que c'est quand même un consensus d'équipe. C'est quoi nos valeurs. Parce que là, on va être confronté avec d'autres valeurs. On arrive avec un système hospitalier. [...] Tu arrivais à l'équipe, puis tu sais, dans le fond c'était facile de se perdre. Alors, que maintenant, on a ça! Ou présenter des services qu'on a! (3).*

Des membres rapportent que le processus de recherche a possiblement eu une influence positive sur la démarche du Comité aviseur au CLSC, par rapport à la définition d'un modèle d'intervention de l'ensemble des équipes en lien avec la santé mentale.

*En parallèle, il y avait une démarche ici au CLSC qui avait été faite, un Comité aviseur qui avait été mis sur pied pour justement essayer d'aller de l'avant un petit peu. Puis je crois que ça découle un peu de ce qui avait été initié par le projet de recherche. [...] La recherche, je pense, a peut-être permis de lancer justement ce processus-là, de clarifier les services qui étaient offerts au CLSC au niveau de la santé mentale. Ça fait que je pense que ça a eu cet effet positif. (2).*

Des membres croient que le modèle d'intervention pourra être avantageusement utilisé pour orienter les étudiants et les étudiantes en stage, ainsi que les nouveaux arrivants dans l'équipe.

*J'ai un étudiant... [...] ... qui me suit, puis je lui ai fait lire le document. Puis ça lui a permis d'avoir une vision d'ensemble de l'équipe avant de partir. (12).*

Par contre, les membres de l'équipe considèrent que leur modèle serait peu utile pour d'autres CLSC.

*Pas ce modèle, ce n'est pas avantageux. Chaque CLSC est tellement différent, il n'y a pas un qui est monté de la même façon. (37).*

Si c'était à refaire, ils accepteraient à nouveau de participer à une étude de ce type, même que certains expriment de l'intérêt pour entreprendre une autre étude.

*Le modèle actuel, ça nous donne des bases, mais ça ne veut pas dire qu'on n'aura peut-être pas besoin d'avoir un autre type d'étude comme ça, probablement, plus tard. Pour encore mieux se définir par rapport à la nouvelle restructuration. (5).*

Une riche occasion d'échanger. Des membres disent avoir apprécié cette occasion de connaître les idées et les points de vue de leurs collègues. L'étude a permis de déclencher plusieurs discussions dans une ambiance d'ouverture. Le fait de pouvoir suivre l'évolution des réflexions collectives au moyen de textes écrits est perçu comme particulièrement aidant.

*Au cours des entrevues, des modèles, à chaque fois qu'on les recevait, on avait hâte dans une certaine mesure de voir qu'est-ce qui se faisait. Et ça nous a aidés. (21).*

*Lorsqu'on est tout seul chacun, on ne parle pas nécessairement de nos doutes, de nos malaises ou de nos interrogations sur comment on fonctionne, comment on ne fonctionne pas, les modèles, les approches. Et j'avais été agréablement surprise de voir que chacun dans notre petit coin intérieur, on avait les mêmes difficultés, les mêmes questionnements dans nos approches, pas de modèle. [...] Et ça nous a réunis plus, je trouve. Ça nous a cimentés. Et ça a donné une nouvelle orientation à nos discussions. [...] Ça nous avait permis d'ouvrir, parce qu'on avait des choses écrites et puis, ah! (16).*

Les membres de l'équipe considèrent que le climat durant les entrevues était favorable aux échanges de points de vue et disent s'être senti respectés tout au long de la démarche.

*C'était un bon climat en général. Ça favorisait justement l'échange, puis on se sentait comme pas pris. On pouvait dire ce qu'on avait envie de dire. (26).*



*Très respectueux comme démarche. Tout le temps. Bien oui, même les points de vue divergents ou si on adhérerait, ils étaient là, pris en considération. (24).*

*On ne s'est jamais senti jugé. Oui, ça lui a demandé une très grande patience. On n'est pas... [...]... pas toujours commode. On n'était pas toujours discipliné. Alors oui, elle a une grande générosité, intellectuelle aussi. Ça été agréable de le faire. (42).*

Durée de l'étude trop longue. La longue durée de l'étude fait partie des désavantages nommés par des membres de l'équipe. Cela a eu comme effet de diminuer la motivation, selon certains. De plus, comme le réseau de la santé connaît des changements incessants, aussitôt la version finale du modèle d'intervention est-elle rendue, que l'équipe se lance déjà dans les projets de fusion des établissements. Des membres rapportent que l'équipe des Services psychosociaux adultes s'intégrera bientôt à eux. Certains ont le sentiment que le modèle, issu d'un très long processus, est désuet dès son apparition.

*Sur quatre ans, c'est trop long. C'est trop long. Il y a un moment donné la motivation n'est plus là. Lorsque le gros du problème où on a identifié est passé, en tout cas pour moi, la fin a été un peu plus difficile à me motiver à y aller. (42).*

*Quand ça s'étale sur plusieurs années... mais en tout cas, on peut dire que ça a permis de mûrir nos réflexions. [...] Je pense à ce que j'ai pu énoncer au départ en individuel, puis après ce n'était plus la même chose, mais... bien, ça été comme long un moment donné. (21).*

*Quelle en est l'utilité étant donné tous les changements dans lesquels on s'engage déjà? [...] On vient d'arriver avec ça. Oups! On est déjà entrain de partir sur d'autre chose finalement. (19).*

Débattre des idées d'interlocuteurs parfois absents. Les changements fréquents de la composition de l'équipe sont évoqués comme difficultés rencontrées dans l'étude. Certains membres ont eu l'impression que des idées ou des points de vue n'ont pas été explorés ou exploités autant qu'ils auraient pu l'être en raison du départ des membres qui les avaient amenés.

*Il y a un roulement de personnel assez important qui s'est fait à l'intérieur du quatre ans. Ce n'était peut-être pas nécessairement aidant. Quand elle revenait pour valider, l'équipe avait déjà changé, puis elle ne pouvait plus valider avec la personne qui avait énoncé des choses. (21).*

*On était rencontré en individuel, puis après ça on reconfrontait tout ce qu'on avait dit en groupe, les idées. On avait le point de vue, on n'avait plus la personne. Ça fait qu'il y a des bouts peut-être qui auraient pu être*

*explorés encore, des richesses peut-être qu'on a perdues en cours de route. (23).*

En contrepartie, d'autres considèrent que les points de vue de personnes qui se sont ajoutées à l'équipe en cours de route ont plutôt enrichi les idées et que la provenance de ces idées importe peu du moment où l'on se reconnaît bien dans la construction finale.

Le même problème se pose relativement au fait que deux entrevues de recherche de consensus sur quatre ont été réalisées auprès de l'équipe divisée en deux sous-groupes pour l'une et en trois sous-groupes pour la toute dernière. Certains membres auraient préféré que les discussions se fassent avec tous les membres réunis.

*C'était comme compliqué, parce qu'il fallait aller reconfronter. Bien, tu sais, essayer de s'approprier vos propos. Vous n'étiez pas là. C'était uniquement les écrits. (27).*

D'autres membres entrevoyent plutôt cette façon de procéder comme un compromis acceptable ayant permis à toutes et à tous d'exprimer leurs points de vue, puisque qu'il était de plus en plus difficile de réunir tous les membres de l'équipe au même moment. Compte tenu du contexte, la présence de tous les membres de l'équipe aux entrevues individuelles et de la plupart d'entre eux aux entrevues de groupe, apparaît remarquable.

*Pour ma part, je n'ai pas trouvé que ça avait nuit énormément. (28).*

*Elle a été chanceuse de la collaboration qu'on a tous apportée. Parce qu'en temps normal, on a beaucoup de difficulté à se réunir. Et je ne sais pas pourquoi... [...] ... en tout cas, moi personnellement, j'ai fait des gros efforts pour que l'on soit, que je sois là. Alors que dans d'autres réunions, on a de la difficulté à se rejoindre. (29).*

Acquisition mitigée de nouvelles connaissances ou de meilleures pratiques. Les membres de l'équipe conviennent que l'étude les a amenés à réfléchir sur leur rôle, leurs pratiques, le rôle de l'équipe et l'organisation des services au CLSC. Énoncer leur modèle d'intervention a permis de clarifier ces aspects.

*Ça nous a permis de réfléchir vraiment sur qu'est-ce que je dois faire moi dans cette équipe-là. Puis, qu'est-ce que les autres font. (2).*

*Est-ce que ça a permis vraiment d'apporter des changements? Peut-être plus dans le sens de clarifier les responsabilités ou la structure des services qui, dans la façon dont elles étaient disposées au CLSC? Peut-être à*

*clarifier certaines clientèles, [...] les services qui étaient offerts au CLSC au niveau de la santé mentale. (2).*

*Bien ça nous permet, c'est sûr de comprendre ce que les autres, dans leur pratique, puis dans la nôtre aussi, mais c'est parce que c'est de voir où on est rendu. Puis c'est, qu'est-ce qu'on voulait? Qu'est-ce qu'on veut faire comme équipe? (3).*

Par contre, les membres de l'équipe n'iraient pas jusqu'à dire que cette démarche a vraiment contribué à apporter de nouvelles connaissances ou des améliorations notables des façons d'intervenir.

*Au niveau de la pratique en tant que telle, pour moi, ça n'a pas nécessairement amené des changements, sinon que de clarifier certaines affaires. (15).*

*Si c'est de mieux connaître ce que l'on faisait, oui, je pense que ça a contribué à ça. [...] Pas nécessairement comme acquisition, de nouvelles acquisitions de connaissances par rapport à ce qu'on pourrait faire de différent. Peut-être pas tant à ce niveau-là. (8).*

*La recherche a permis dans le fond de définir, de mieux nous définir, dans le fond, c'est ça. Mais, pas d'améliorer nécessairement. (40).*

Des membres rappellent que la chercheuse avait suggéré des lectures. Malgré l'intérêt suscité par ces écrits, certains membres disent avoir manqué de temps pour en prendre vraiment connaissance. Certains membres avouent qu'il aurait été judicieux de leur part d'examiner plus minutieusement l'information proposée.

*Elle nous avait apporté des livres, je les ai notés. Il y en a quelques-uns qui étaient excellents. Je pense que le manque de temps, le manque d'énergie. En tout cas, de ma part à moi. [...] Il y avait un intérêt pour élargir mes connaissances. Tu sais, si je veux y avoir accès, j'y aurai accès. (8).*

*Ça aurait pu être plus productif encore si on avait pu s'exprimer par rapport à ces différents modèles-là, puis on ne l'a pas fait. Ce qu'elle nous amenait était très intéressant. Je disais juste ça, parce que ça aurait peut-être pu enrichir la réflexion sur la définition de notre modèle. (32).*

Des membres de l'équipe regrettent que tout ce travail réalisé dans le cadre de cette étude n'ait pas conduit à des recommandations sur les améliorations à apporter au modèle d'intervention. Pour d'autres membres, cela s'explique par le rôle que la chercheuse avait convenu de jouer au départ, c'est-à-dire un rôle d'animation plutôt que d'expertise.

*Je croyais qu'il y aurait des recommandations ou des suggestions d'orientation dans le modèle. Ce que je trouve qui manque justement, c'est ce point, je pense que la recherche devrait pouvoir contribuer à raffiner les choses. [...] J'aurais aimé qu'il y ait des recommandations pour pouvoir plus, pas toujours réapprendre de nos erreurs, mais comment faire des choses différemment. Les recherches de niveau universitaire, je pense, devraient pouvoir mener à des recommandations. (34).*

*Mais c'était une appropriation du modèle, elle voulait qu'on... Je pense qu'elle n'avait pas la position de l'experte qui donnait conseils ou qui était consultante. Ce n'était pas ça. [...] Peut-être que ça aurait été aidant, mais c'était contraire à sa recherche. Mais c'était nous autres qui construisaient notre modèle. Bien, ça s'accroche à la réalité de notre milieu. (38).*

*Réflexion de la chercheuse à la suite de l'entrevue portant sur l'apport de la démarche réalisée dans l'étude*

Des commentaires réjouissants. La chercheuse se réjouit des commentaires positifs exprimés par les membres de l'équipe lors de l'entrevue où ceux-ci ont été invités à juger de la valeur de la démarche inspirée de l'évaluation de quatrième génération à laquelle ils ont participé. Elle éprouve une grande satisfaction devant la fierté qu'elle croit déceler lorsqu'ils parlent de *leur modèle d'intervention* dans lequel ils affirment se reconnaître. Constaté que les membres témoignent d'un respect ressenti tout au long de l'étude pour leurs points de vue la rassure, puisque ceci lui indique que, fidèle à la méthodologie choisie, elle a réussi à éviter d'imposer ses points de vue.

Une démarche d'une trop longue durée. La chercheuse partage d'emblée les commentaires exprimés par les membres quant à la durée excessive de l'étude. Les entrevues, les transcriptions, les analyses, la rédaction du document *Perspectives* ont demandé une somme de temps considérable. La suspension de l'étude pour raison de santé s'est ajoutée aux étapes déjà laborieuses prévues dans la recherche. La chercheuse, en fin de processus, a tendance à conclure qu'il s'agit d'une démarche beaucoup trop onéreuse en temps et en énergie. Par contre, à aucun moment elle n'a senti sa motivation décliner. Elle a entrepris chaque étape avec une grande curiosité pour ce qui allait s'y passer.

En attente de recommandations. La chercheuse est sensible à l'attente de *recommandations* exprimée par des membres de l'équipe. Elle comprend la déception de certains de ne pas retrouver, après tant d'heures de discussion, d'appréciation de ce qui est bien ou moins bien ni de recommandations précises. En même temps, elle éprouve aussi une certaine déception, puisque son but était plutôt de bien soutenir l'équipe afin que celle-ci arrive à faire ses propres recommandations. Elle a porté à l'attention des membres des synthèses résumant minutieusement une multitude de points de vue provenant des collègues, des partenaires et d'écrits. Elle est même surprise qu'aucun commentaire n'ait été soulevé dans l'entrevue par rapport au document *Perspectives*, lequel constitue la troisième étape entière de l'étude. Plusieurs pistes de recommandations s'y trouvaient de son point de vue. Néanmoins, cette attente de recommandations la laisse perplexe. Elle espère que la poursuite de l'étude, qui consiste à discuter des résultats de l'étude, pourra, en *ouvrant le jeu*, fournir encore quelques éléments de réponse aux membres de l'équipe.

**CHAPITRE 5**  
**DISCUSSION**

Ce dernier chapitre présente une discussion des résultats obtenus dans cette étude de cas dont le but était de soutenir une équipe de base en santé mentale d'un CLSC dans un effort pour consolider son modèle d'intervention. Au départ, les cliniciens et cliniciennes de l'équipe reconnaissaient l'absence de lignes directrices claires, déterminées et adoptées par l'ensemble du groupe. Ils ont accueilli favorablement le projet de recherche, d'autant plus que leur participation était fortement recommandée par leur chef de programme. Tous les membres de l'équipe ont eu l'occasion d'exprimer individuellement leurs points de vue. Plus précisément, nous les avons d'abord invités à nous dire comment, en quelques mots, ils définiraient leur modèle d'intervention. Nous les avons questionnés sur les principales valeurs guidant leurs façons d'intervenir, sur les besoins ciblés par leur équipe et sur les moyens utilisés pour y répondre. Nous leur avons demandé quel type de collaboration existait entre eux, de même qu'entre leur équipe et les partenaires de la communauté et ceux du réseau de la santé. Tous ces propos ont été analysés et rédigés en faisant ressortir les points de vue communs d'une part et, d'autre part, les aspects empreints de confusion ou de dissension. Nous avons ensuite recueilli les points de vue de la majorité des partenaires de l'équipe. Ces données ont été présentées aux membres. En vue d'éclairer les points obscurs, nous avons invité ces derniers à examiner un certain nombre d'éléments théoriques tirés des écrits. Tous et toutes ont ensuite été à nouveau interviewés individuellement sur la façon dont, selon eux, le modèle émergent pourrait être bonifié à la lumière de toute cette information. Le processus s'est terminé par une série de rencontres réunissant tous les membres de l'équipe en vue d'établir un consensus sur le plus grand nombre de points possible avant de produire la version finale du modèle d'intervention.

Il semble qu'en dépit de la somme considérable d'efforts investis par un groupe de cliniciennes et de cliniciens chevronnés, dans le cadre d'un soutien systématique répondant aux exigences de rigueur d'une thèse doctorale, l'énoncé du modèle ressorti des données à la première étape de l'étude et la version finale sont, de fait, assez semblables. Rappelons que le concept *modèle d'intervention* a été utilisé pour désigner une représentation claire et explicite qui permettrait de guider les pratiques de l'équipe pour répondre à des besoins ciblés de santé mentale. L'énoncé du modèle est demeuré assez général. Ceci en fait la force, concluent certains membres de l'équipe, puisqu'il représente bien leur réalité. Par

contre, d'autres disent être plutôt restés sur leur *appétit*, déçus que cette longue démarche n'ait pas abouti à de nouvelles lignes directrices plus claires et plus précises ou à des recommandations qui auraient permis d'améliorer les pratiques.

De notre côté, nous avons supposé qu'une démarche basée sur une approche constructiviste allait permettre de réaliser des avancées tangibles en contribuant, notamment, à diminuer la confusion entourant les rôles et les façons de faire des équipes de première ligne en santé mentale. Par exemple, nous espérons que l'équipe parvienne à définir, parmi la multitude des besoins à satisfaire chez les personnes atteintes de troubles mentaux, ceux qui pourraient être plus spécifiquement de son ressort et situer cette contribution dans un modèle de soins partagés. Nous avons aussi cru que cette démarche aurait pu amener les membres de l'équipe à revoir leurs pratiques à la lumière de résultats probants. Nous souhaitons qu'ils arrivent à définir comment les compétences de chaque membre pourraient être mieux intégrées, et les partenariats développés, afin de répondre de façon plus efficiente à des besoins bien ciblés. Somme toute, il semble que les chemins menant au changement et à l'innovation soient demeuré fermés.

Bien que cette étude n'ait pas abouti au modèle *clair, explicite, complet et novateur* auquel nous aspirions en quelque sorte, les résultats soulèvent très certainement des questions complexes et déterminantes par rapport à l'évolution des équipes de santé mentale dans la communauté. Nous débutons cette discussion en énonçant les principaux paradoxes entourant le développement empirique du modèle d'intervention de l'équipe et les contours applicables aux services de première ligne en santé mentale suggérés par Lalonde et Lesage (2001). Deuxièmement, nous discutons du contexte particulier de l'intervention dans le domaine de la santé mentale au niveau des services de première ligne, en vue de mieux comprendre les choix des cliniciens et des cliniciennes de l'équipe concernant leurs pratiques. À ce sujet, nous nous référons principalement à Burns (2004) pour sa vaste expérience en psychiatrie communautaire et son intérêt spécifiquement porté sur l'évolution des équipes de santé mentale dans la communauté et les défis auxquels celles-ci sont confrontées. Troisièmement, nous examinons les résultats obtenus dans cette étude sous l'angle de perspectives théoriques de l'innovation et de l'implantation de changements dans les organisations. Les constats issus de l'étude seront ensuite discutés par rapport à leur utilité pour les membres de l'équipe et pour les instances décisionnelles.



## **Évolution de l'intervention de première ligne en santé mentale : un monde de paradoxes et d'ambiguïté**

Le modèle issu de l'étude traduit un mandat très large et général. La tentative de préciser un modèle d'intervention semble avoir débouché sur un énoncé englobant un nombre indéterminé de pratiques pour répondre à une diversité indéterminée de situations rencontrées. Durant l'étude, nous avons l'impression que les questionnements et les discussions nous enfonçaient dans un univers d'une complexité inextricable dont la meilleure issue se trouvait dans la réaffirmation d'un énoncé général laissant place à tous les points de vue possibles. Peut-être qu'au fond, si l'on formulait de façon un peu caricaturale la question posée aux membres de l'équipe, elle pourrait ressembler à la suivante : comment, précisément, allez-vous répondre à une multitude de besoins des plus diversifiés, au moyen d'une foule d'interventions possibles, tirées de différents champs de connaissances, en collaboration avec nombre de collègues qui adhèrent à différents modèles de pensée et d'interventions, de même qu'avec de nombreux partenaires impliqués, spécifiquement ou non, à différents niveaux, dans la quasi-totalité des sphères qui touchent l'être humain? Et encore, faut-il ajouter que la question se pose dans le contexte changeant du réseau de la santé mentale où les orientations, les paramètres et les définitions fondamentales se transforment continuellement.

L'évolution de l'équipe ayant participé à cette étude rejoint l'observation de Burns (2004), à l'effet que les équipes de santé mentale dans la communauté se sont développées de façon naturelle et spontanée, à partir de ce qui faisait du sens, plutôt que de façon planifiée ou systématique : « *The generic CMHT appears to be more like a hardy and ubiquitous weed than a carefully chosen and planted flower garden* » (p. viii). Contrairement aux équipes plus spécialisées, comme celles de suivi intensif ou d'intervention précoce, c'est en l'absence de modèle, avec des ressources limitées, que des cliniciens et cliniciennes ont cherché à s'ajuster aux changements du système de santé et à des demandes toujours croissantes.

Plutôt que de chercher à les définir de façon nette et tranchée la notion de première, deuxième et troisième lignes en santé mentale, Lalonde et Lesage (2001) proposent une description des contours des niveaux de services. Ces contours ont trait à 13 dimensions,

comme les types de problèmes de santé, les niveaux de desserte, les types de soins prodigués et ainsi de suite. Nous mettons ici en parallèle le modèle issu de l'étude avec les contours décrits par ces auteurs, ce qui, d'ailleurs, permet plus de relever des paradoxes et des ambiguïtés que d'apporter des éclaircissements sur le développement des services de première ligne en santé mentale. Ces questions ne pourraient être abordées dans cette discussion sans considérer les orientations établies dans le *Plan d'action en santé mentale* adopté récemment au Québec (MSSS, 2005). Aussi, à l'occasion, nous référons au *Rapport synthèse sur les soins de santé mentale de proximité* rédigé par le Réseau des bases factuelles en santé (Thornicroft et Tansella, 2003). Les services de troisième ligne ne sont pas abordés puisqu'il en a peu été question dans l'étude.

### *Modèle d'intervention en lien avec les contours des niveaux de services comme repères*

#### *Types de soins*

Fondamentalement, les services de première ligne réfèrent généralement à des services généraux de base tandis que la deuxième ligne à des services spécialisés (Lalonde et Lesage, 2001). Le *Plan d'action* (MSSS, 2005), dans un esprit d'hierarchisation des services, distingue deux ordres de services de première ligne en santé mentale : les services généraux offerts à toute la population et les services de première ligne spécifiques à la santé mentale. Les services de deuxième et de troisième ligne font appel à des expertises spécialisées.

Dans l'étude, l'expression *de base* en opposition à *spécialisé* a soulevé plusieurs discussions parmi les membres de l'équipe. Par exemple, l'idée que les équipes de CLSC devaient, en quelque sorte, remplacer les cliniques externes de psychiatrie, évoque un certain niveau de spécialisation. Par tradition, la psychothérapie et le programme de la Clinique sans murs tendent à être considérés comme des services spécialisés. Par ailleurs, la question à savoir en quoi l'intervention de l'équipe SIM était différente ou plus spécialisée que celle de l'équipe de base, mis à part l'*intensité* des interventions, a été soulevée en cours de route. Les membres ont finalement résolu le dilemme en déclarant que leur service, en dépit des doutes soulevés, était un service de première ligne en santé mentale, conformément au niveau de service offert dans un CLSC.

### *Types de problèmes de santé mentale*

Le *Plan d'action* prévoit des services de première ligne qui répondent à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés. De façon plus spécifique, Lalonde et Lesage (2001) leur associent les troubles de l'adaptation, les troubles mentaux courants tels que les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, les troubles du comportement, les troubles de la personnalité et les abus de substances. Or, ces problèmes ne correspondent pas à ceux visés par l'équipe de santé mentale dans l'étude, mis à part le service offert par le psychologue rattaché à l'équipe aux personnes atteintes de troubles dit transitoires, mais *assez graves*. Par contre, l'équipe des Services psychosociaux adultes, qui ne fait pas partie de l'équipe de base au moment de l'étude, reçoit les personnes présentant un trouble de l'adaptation, mais son implication auprès des personnes atteintes de troubles mentaux courants n'est pas apparue très claire. Le programme de psychothérapie de groupe pour traiter la dépression et la version brève du programme de la Clinique sans murs visant les personnes atteintes de troubles de la personnalité légers ou modérés, lesquels étaient sur le point d'être implantés à la fin de l'étude rejoignent les orientations par rapport à ces types de problèmes.

Lalonde et Lesage (2001) associent les services de deuxième ligne aux troubles mentaux et aux troubles de la personnalité graves, aux troubles graves du comportement, aux troubles mentaux courants mais complexes, de même qu'aux troubles graves d'abus de substances et à la comorbidité. Ces paramètres s'appliquent exactement aux Services de psychothérapie dispensés par le psychologue rattaché à l'équipe et à la Clinique sans murs qui traite les individus atteints de troubles de la personnalité à structure limite graves, bien que ces derniers soient intégrés à l'équipe dite *de base*.

L'équipe de santé mentale chargée du suivi dans la communauté a clairement identifié comme clientèle ciblée les personnes présentant des problèmes sur les plans clinique ou social en lien avec des troubles mentaux graves, ce qui semble satisfaire la majorité des membres. Lalonde et Lesage (2001) mentionnent que l'équipe de première ligne en santé mentale reprend les cas graves, mais dont la condition est stabilisée. Selon Thornicroft et Tansella (2003), qui désignent les équipes de santé mentale non spécialisées (génériques), sous le vocable *d'équipe de santé mentale de proximité*, estiment que ces

équipes devraient accorder la priorité aux adultes souffrant de troubles mentaux graves. Elles constituent, selon eux, la pierre angulaire des services psychiatriques de proximité.

Les données soulèvent certaines questions par rapport au traitement des personnes atteintes de troubles mentaux modérés. L'amélioration de l'accessibilité à des services de santé mentale (évaluation et traitement rapide), particulièrement pour cette clientèle, fait partie des enjeux du *Plan d'action*. Il est en effet reconnu que cette clientèle a été quelque peu mise de côté au profit de l'attention portée aux personnes atteintes d'un trouble grave, ce qui avait été convenu dans le *Plan d'action* du MSSS de 1998. Des partenaires ont exprimé clairement leurs attentes envers l'équipe, pour des thérapies dont la valeur est démontrée scientifiquement, et ce, dans des délais raisonnables. L'implication attendue des membres de l'équipe de base sur ce plan demeure un point obscur ou litigieux. Dans les faits, une partie de cette clientèle (19 % en 2004 avait un diagnostic de trouble non psychotique) semble être orientée vers l'équipe de Services sociaux adultes. Cette équipe, composée de quatre agents ou agentes de relations humaines, évalue et dispense une thérapie *psychosociale* individuelle et l'intervention de couple (modèle du CLSC, 2004<sup>8</sup>). Ainsi, on pourrait se demander comment une si petite équipe peut arriver à dispenser les services généraux offerts à toute la population, par exemple pour les gens qui sollicitent de l'aide au CLSC pour des problèmes sociaux ou en lien avec une situation difficile, tout en se chargeant du traitement des personnes atteintes de troubles mentaux tels que la dépression ou les troubles anxieux. Si cette équipe décidait de s'investir dans le traitement de ces troubles courants, on pourrait se demander pourquoi cette fonction ne serait pas plus clairement établie et reconnue par les collègues d'autres équipes du CLSC ou d'autres services. Cela signifierait-il que l'équipe de santé mentale, qui est multidisciplinaire (ce qui n'est pas le cas de l'équipe des Services psychosociaux adultes), devrait se consacrer exclusivement aux personnes atteintes d'un trouble mental grave? Les différents points de vue sur ce plan sont marqués par de l'inconsistance contribuant à nourrir la confusion sur les niveaux de services offerts selon la nature des problèmes de santé mentale.

---

8. Document élaboré par le chef de service : « *Le continuum de services offerts en santé mentale-adultes au CLSC XXXX : Un modèle d'intervention et la vision vers laquelle il tend* ».

### *Lieux de soins*

D'une part, Lalonde et Lesage (2001) identifient la communauté comme le lieu de soins de première ligne, tandis que les services de deuxième ligne sont généralement dispensés sur des unités de soins hospitaliers, dans les urgences, les cliniques externes de psychiatrie, les centres de réadaptation en santé mentale, les hôpitaux de jour et les milieux résidentiels supervisés. Ce critère, le plus simple à appliquer, a été déterminant pour amener les membres de l'équipe à décréter leur service comme étant de la première ligne puisque basé au CLSC.

De façon différente, le *Plan d'action* conclut que l'association du niveau de service à un type d'établissement ou d'organisme est maintenant révolue. De fait, l'amélioration des pratiques permet désormais à des intervenants d'offrir dans la communauté des services de plus en plus spécialisés. Certains sont en réalité des services de deuxième ligne. Aussi, ce phénomène s'accroît avec la fusion des établissements de santé au Québec. Dans cette perspective, la Clinique sans murs et les Services de psychologie seraient bel et bien des services de deuxième ligne, mais localisés au CLSC. Ces distinctions s'ajoutent à la complexité des structures de services. Néanmoins, elles demeurent pertinentes dans l'esprit du principe d'hiérarchisation des services.

### *Exemples de soins prodigués*

Lalonde et Lesage (2001) rapportent les exemples suivants de soins prodigués par les services de première ligne : l'évaluation des problèmes sociaux, la médication, les psychothérapies, le counseling, le suivi et le soutien. Dans l'étude, le suivi des personnes atteintes d'un trouble grave décrit par les membres de l'équipe correspond à ce critère pour ce qui est du counseling et du soutien, de même que pour l'évaluation des besoins sociaux. Par contre, pour la quasi-totalité des membres, mis à part le psychologue et les intervenants de la Clinique sans murs, la psychothérapie ne fait pas partie des modes d'intervention privilégiés. Celle-ci semble être associée aux services spécialisés. Le soutien offert s'inspire d'approches systémiques et éclectiques, basées sur l'établissement d'une alliance thérapeutique. Par ailleurs, il semble que la majorité des membres sont peu portés à solliciter la participation de la famille ou des proches comme partenaires. L'intervention auprès de la famille tend plutôt à être considérée comme étant du ressort de l'équipe Jeunesse-Enfance-famille. De plus, la nature du suivi apporté en regard de la médication est

peu définie. Il semble que généralement, on vérifie si la personne prend sa médication adéquatement et, en cas de problèmes, on fait appel au psychiatre.

Les services de deuxième ligne sont les suivants : l'évaluation, la médication, la psychothérapie, les psychothérapies spécifiques, la réadaptation et la désintoxication en unité spécifique (Lalonde et Lesage, 2001). Dans le *Plan d'action*, les interventions suivantes sont attribuées aux services de deuxième ligne : l'évaluation diagnostic, le traitement des personnes ayant les symptômes les plus graves, les soins aux personnes avec le plus de risques de rupture avec la société (violence, criminalité...), le traitement et la réadaptation de longue durée d'un petit nombre de personnes résistant au traitement habituel, mais qui ont un potentiel de réadaptation. On leur attribue aussi le rôle de formuler des recommandations pour le traitement dans les services de première ligne. Thornicroft et Tansella (2003) sont d'avis que les services spécialisés, puisqu'ils sont rares et coûteux, devraient se concentrer sur l'évaluation et le diagnostic des cas complexes et de ceux nécessitant un avis expert plus pointu, le traitement de patients dont les symptômes sont les plus graves, qu'il s'agisse de troubles psychotiques ou non, de troubles aigus ou post-aigus ou qui sont les plus handicapés par suite de maladie mentale. Il leur appartient également de fournir des services de consultation et de soutien aux intervenants des *soins primaires* et aux autres services qui traitent les problèmes courants de santé mentale, en portant une attention particulière aux troubles réfractaires et aux troubles chroniques.

La réadaptation est associée au niveau de la deuxième ligne, alors que le *Plan d'action* attribue aux équipes de santé mentale de première ligne les services d'intégration sociale des personnes ayant des troubles mentaux graves stabilisés. Dans l'étude, l'intensité et le type d'activités ou de soutien visant la réadaptation ou l'intégration dans la communauté varient d'un intervenant à l'autre. Par contre, l'éducatrice spécialisée travaille spécifiquement sur le développement des AVQ et des habiletés sociales. Or, plusieurs partenaires s'attendent à ce que l'équipe intensifie son soutien à l'intégration au travail ou aux études. Au début de l'étude, les membres de l'équipe avaient énoncé, en tant que critères d'accès, la motivation et un potentiel de réadaptation du client pour améliorer sa condition. Après réflexion, ce critère est apparu beaucoup moins déterminant, une partie importante de leur clientèle n'ayant en fait qu'une faible motivation et un potentiel limité. Par ailleurs, bien que l'importance d'améliorer les services d'intégration soulignée dans le

*Plan d'action* apparaisse évidente pour les membres de l'équipe, leur rôle à cet égard et les collaborations intersectorielles nécessaires pour y arriver apparaissent beaucoup moins, surtout dans un contexte de manque de ressources autant dans l'équipe que de ressources adaptées dans la communauté.

Quant à la *psychothérapie* dispensée dans le cadre du programme de la Clinique sans murs, celle-ci cadre avec le critère de la deuxième ligne par son caractère spécifique. Si l'on réfère aux services décrits par dans Thornicroft et Tansella (2003), ce programme se situerait en quelque sorte dans la catégorie des *cliniques spécialisées pour des troubles spécifiques*. De même, la psychothérapie visant le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux transitoires mais complexes se rapproche des contours de la deuxième ligne.

#### *Porte d'entrée et fonctions interlignes*

Lalonde et Lesage (2001) identifient les services de première ligne comme étant la porte d'entrée de la population générale ou bien la personne y est référée par un médecin ou un intervenant de la première ligne. Le *Plan d'action* définit également les services de première ligne comme le premier niveau d'accès aux services. Universellement accessibles, ils servent à la fois de porte d'entrée, de lieu de traitement, ainsi que de lieu intégrateur des soins dispensés à la personne. Quant à l'équipe de santé mentale de première ligne, elle est la voie d'accès privilégiée aux services de deuxième et de troisième ligne. L'équipe ne répond pas à ce paramètre, la majorité des clients lui étant référés par un psychiatre de la Clinique externe de psychiatrie. Dans cette perspective, un avis avait été formulé par l'un des partenaires, à l'effet que l'équipe pourrait assumer un plus grand rôle par rapport à l'évaluation de l'état de santé mentale, sans attendre que l'évaluation psychiatrique soit produite. Cette façon de faire n'a pas fait sens pour les membres de l'équipe, puisque qu'advenant une situation où le recours à des services spécialisés était indiqué, ils seraient forcés de demander au médecin de famille de référer le client à la Clinique externe de psychiatrie, privilège qu'eux n'ont pas. Selon eux, *l'évaluation des besoins* revient à l'équipe de l'AEO, tandis que *l'établissement du diagnostic psychiatrique* est du ressort du psychiatre.

Par ailleurs, Lalonde et Lesage (2001) précisent que l'équipe de première ligne reprend les cas graves stabilisés dans le cadre d'ententes de soins partagés entre la première et la deuxième ligne. Dans l'étude, les ententes et les collaborations entre l'équipe de base et les services de deuxième ligne sont demeurées obscures. Il semble qu'outre les références et le partage occasionnel d'informations, les deux services ont tendance à travailler de façon indépendante l'un de l'autre, ce qui va à l'encontre de principes tels qu'une organisation cohérente et la continuité des soins.

### *Intervenants et intervenantes*

Selon les paramètres des contours proposés par Lalonde et Lesage (2001), les intervenants appartenant à la première ligne sont ceux du CLSC, tandis que ceux de la deuxième ligne sont des psychiatres et des professionnels spécialisés en santé mentale, en toxicomanie ou en déficience intellectuelle. Sauf exception, tous les membres de l'équipe impliqués dans l'étude ont une formation de niveau universitaire dans le domaine de la santé (travail social, psychologie, sciences infirmières), et même de deuxième cycle pour plusieurs d'entre eux (7 membres sur 16). La majorité ont une grande expérience dans le domaine de la santé mentale (la moitié des membres comptent plus de 10 ans d'expérience dans le domaine). Le terme *professionnels spécialisés en santé mentale* pourrait avoir des significations différentes selon l'angle où l'on se place.

### *Enseignement et recherche*

Le *Plan d'action* attribue aux équipes de première ligne en santé mentale des activités d'information, de promotion et de prévention en santé mentale dans la communauté, ainsi que des activités éducatives entre les services de première ligne (Lalonde et Lesage, 2001; MSSS, 2005). Dans cette étude, la majorité des membres de l'équipe reconnaissent d'emblée la pertinence de s'impliquer dans ces volets, mais cela leur paraît inaccessible en raison du manque de ressources. Par contre, les intervenants de la Clinique sans murs entretiennent une vision différente, en ce sens que l'enseignement fait partie de leurs tâches courantes. En effet, ces derniers offrent de la formation à leurs collègues de l'équipe de santé mentale à l'occasion de *rencontres bilans*, ainsi qu'aux intervenants des organismes communautaires ou en milieu carcéral lorsque ceux-ci en font la demande. Le psychologue rattaché à l'équipe remplit également ce rôle par le biais de sa fonction de conseiller clinique dans l'équipe.



Lalonde et Lesage (2001) reconnaissent aux services de deuxième ligne une fonction de soutien et de supervision pour les intervenants de la première ligne de services. Les intervenantes et intervenants de la première ligne devraient pouvoir avoir accès à cette expertise par des activités de consultation, de soutien et de formation, en vue de faciliter la poursuite des traitements au niveau de la première ligne (MSSS, 2005). Or, les propos exprimés par les membres de l'équipe révèlent un faible intérêt pour de la formation provenant des services de deuxième ligne, les modèles d'interventions à ce niveau de services leur apparaissant essentiellement axés sur une vision biomédicale ou institutionnelle plutôt que communautaire.

#### *Exemples d'hébergement et de points de services de réadaptation*

Lalonde et Lesage (2001) associent à la première ligne les services offerts dans les foyers pour les femmes, les refuges pour les jeunes et les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). La deuxième ligne serait plus interpellée dans les résidences d'accueil, les foyers de groupes, les unités spécifiques de CHSLD hébergeant les personnes souffrant de troubles mentaux graves. L'équipe de santé mentale intervient peu dans ces établissements, sauf qu'un membre de l'équipe assure un suivi dans les Résidences de type familial, ce qui se rapprocherait davantage des contours de services offerts par la deuxième ligne plutôt que la première ligne.

Ces mêmes auteurs associent les services de première ligne en santé mentale aux centres de réadaptation au travail qui ne sont pas exclusivement réservés aux personnes atteintes de troubles mentaux. Les services de deuxième ligne s'impliquent dans les centres publics ou communautaires de réadaptation au travail spécifiquement dédiés aux personnes atteintes de troubles mentaux. L'équipe, dans cette étude, essaie de soutenir l'intégration sociale au travail, mais, plus souvent qu'autrement, elle se confronte à la rareté flagrante de ressources adaptées à la clientèle sur ce plan.

#### *Niveaux de desserte*

Les services offerts par les membres de l'équipe dans la communauté et le Service de psychothérapie rattaché à l'équipe sont offerts dans une localité (le territoire couvert par le CLSC), conformément à ce que l'on attend d'un service de première ligne. Cette

situation reflète les contours proposés (Lalonde et Lesage, 2001). Par contre, la Clinique sans murs, également rattachée à l'équipe de base, dessert la région, ce qui rejoint les contours d'un niveau de deuxième ligne. Ainsi, le niveau de desserte varie à l'intérieur même de l'équipe de première ligne du CLSC.

### *Paradoxes*

En somme, ce parallèle entre les pratiques et les écrits met en évidence un flou entourant la notion de services généraux versus spécialisés en santé mentale. Il semble qu'en effet, le lieu des services ne tient plus comme caractéristique distincte des services de première ligne. Les intervenants de première et de deuxième ligne, non seulement partageraient les mêmes locaux, mais appartiendraient à une même équipe. La clientèle visée correspond essentiellement aux personnes atteintes de troubles mentaux graves. La notion de *condition stabilisée* semble peu définie et il apparaît peu évident que ce critère s'applique à la clientèle vue par l'équipe. L'implication auprès des personnes atteintes de troubles mentaux fréquents comme la dépression ou les troubles anxieux demeure ambiguë. La majorité des membres de l'équipe voués au suivi dans la communauté tendent à situer la psychothérapie au niveau des services de deuxième ligne plutôt que des services de première ligne. Ainsi, ils ne la considèrent pas comme faisant partie de leurs rôles ou mandats. Les troubles mentaux transitoires mais complexes et assez graves relèvent essentiellement du psychologue rattaché à l'équipe. Le traitement des troubles graves de la personnalité à structure limite relève de la Clinique sans murs, souvent en collaboration toutefois avec les membres attirés au suivi dans la communauté pour un soutien individuel.

La clientèle visée étant des personnes atteintes de troubles mentaux graves et les interventions étant essentiellement accomplies dans le milieu de vie de ses personnes, les activités réalisées par l'équipe s'inscrivent forcément dans une visée de soutien. En regard de la réadaptation et de la réinsertion sociale, il apparaît difficile d'établir ce qui devrait revenir à la première ou à la deuxième ligne. L'équipe de santé mentale n'est pas la porte d'entrée vers les services de deuxième ligne. L'inverse serait plus vrai, c'est-à-dire que ce sont les services spécialisés qui réfèrent les clients à l'équipe de base. La porte d'entrée vers la deuxième ligne est surtout l'affaire du médecin en pratique privée. L'expertise de la deuxième ligne est vue comme complémentaire pour son apport relatif aux soins médicaux

(évaluation psychiatrique, pharmacothérapie et hospitalisation). Par ailleurs, les orientations de ces services sont perçues comme étant peu compatibles avec les celles de la première ligne, ces dernières s'inspirant d'approches communautaires.

### **Contexte particulier de l'intervention de première ligne en santé mentale**

Dans cette section, la discussion porte sur les choix des membres de l'équipe concernant les stratégies d'intervention qu'ils privilégient. Premièrement, les désavantages d'une définition très large des besoins ciblés sont abordés, notamment la difficulté de consolider des interventions en fonction de besoins souvent compris de façons différentes et le risque d'engorgement rapide de l'équipe. Deuxièmement, la position des membres par rapport aux approches fondées sur les résultats est abordée en tenant compte des options qu'ils ont choisies, à savoir des approches globales, systémiques, éclectiques et centrées sur la personne. Troisièmement, les défis posés par l'interdisciplinarité et le partenariat sont traités.

*Définition très large des besoins : un obstacle possible à la consolidation de l'intervention*

#### *Interprétations différentes des besoins ciblés*

D'emblée, tous les membres de l'équipe dans cette étude valorisent fondamentalement le respect de la personne en tant qu'être unique à part entière. La responsabilisation du client par rapport à sa vie et à sa santé ressort comme principe central dans le modèle issu de l'étude. La personne mérite d'avoir toutes les chances possibles de développer de façon optimale son autonomie et son potentiel, et ce, dans toutes les sphères de sa vie. Du côté des partenaires de l'équipe, les attentes exprimées envers cette dernière sont multiples, pour ne pas dire infinies. Partant de ces prémisses, on peut comprendre que circonscrire de façon réaliste un certain nombre de besoins à satisfaire pose tout un dilemme. Effectivement, le modèle issu du consensus comprend une panoplie de besoins allant de la subsistance (nourriture, logis, etc.) au développement du potentiel sur le plan personnel et interpersonnel (estime de soi, confiance en soi, etc.) et en tant que citoyen (rôle social significatif, loisirs, etc.). Bien qu'une définition aussi large ait l'avantage de laisser une grande marge de manœuvre aux intervenants, elle risque également de comporter certains écueils.

La compréhension des besoins à satisfaire risque de varier considérablement d'un membre de l'équipe à l'autre. Par exemple, tel qu'observé dans l'étude, un intervenant plus enclin à poursuivre des objectifs de réinsertion sociale pourrait chercher à profiter d'activités sportives ou récréatives dans une visée thérapeutique, alors qu'un autre pourrait considérer ces activités comme étant hors du mandat de l'équipe. La définition de la nature et des limites de ce que pourrait être l'accompagnement de la personne dans différentes démarches pour améliorer sa condition a trouvé des échos discordants parmi les membres. Ce point est finalement demeuré obscur dans le modèle. Et encore, des interventions de nature psychothérapeutique ou des mesures favorisant l'observance de la médication prescrite peuvent apparaître incontournables pour l'intervenant qui vise la diminution des symptômes de la maladie. En contrepartie, d'autres membres de l'équipe insistent sur l'importance de s'en tenir à la résolution de problèmes concrets permettant de maintenir la personne dans son milieu de vie et tendent à associer la surveillance étroite de la médication à de la déresponsabilisation. Là où certains membres de l'équipe ou partenaires perçoivent parfois une tendance à surprotéger les clients, d'autres estiment au contraire qu'il faut éviter de surestimer les capacités des personnes atteintes de troubles mentaux graves et leur procurer l'aide dont elles ont besoin.

La question est d'autant plus complexe que le client lui-même peut entretenir un point de vue bien différent sur ses propres besoins. En effet, Hansen, Hatling, Lidal et Ruud (2004), dans une étude portant sur l'influence des points de vue des clients sur leurs traitements ou les types de suivis, ont observé que les clients tendent à identifier peu de besoins. Alors que le professionnel peut être porté à associer le succès de ses interventions à une diminution des symptômes, à la satisfaction du client et à l'évitement d'hospitalisations, l'objectif du client peut être, au contraire, le retrait de tout suivi procuré par des professionnels, ce qui pourrait signifier pour lui un recouvrement total de son autonomie et un moyen d'éviter la stigmatisation.

Si les besoins en santé mentale peuvent être interprétés de différentes façons, il ne serait pas surprenant qu'en bout de ligne, il existe des différences considérables entre les interventions choisies. À l'extrême par exemple, pour deux clients dans la même situation, l'un pourrait bénéficier d'un grand soutien par rapport à la visite d'organismes

communautaires, aux démarches à faire auprès de milieux de travail ou à la consolidation de liens avec des proches, tandis que l'aide fournie à l'autre se limiterait à l'assistance par rapport aux besoins essentiels tels que l'alimentation ou le paiement du loyer.

Le degré de satisfaction à atteindre pour les différents besoins peut aussi varier considérablement d'un membre de l'équipe à l'autre, de même qu'entre le client et le professionnel. En principe, selon le modèle issu de cette étude, le suivi cesse lorsque le fonctionnement de la personne est satisfaisant et stable ou que l'atteinte d'un scénario meilleur apparaît peu probable. Or, l'interprétation de ce qui est satisfaisant peut varier selon les valeurs de l'intervenant ou de l'intervenante, son optimisme, sa persévérance et sa patience. Par exemple, comme nous avons pu l'observer dans l'étude, la poursuite d'objectifs plus *ambitieux* pourrait expliquer la tendance de certains membres de l'équipe à suivre les clients et les clientes sur de plus longues périodes comparativement à d'autres collègues. Ils chercheraient à les motiver à agir pour améliorer leurs conditions de vie, tandis que d'autres se retireraient faute d'une motivation suffisante pour s'engager dans un plan thérapeutique.

Ces différences risquent d'entraîner des tiraillements entre les membres de l'équipe dans le contexte où l'ampleur des besoins à satisfaire outrepassse la capacité d'y répondre. Par exemple, certains pourraient soupçonner des collègues de traîner en longueur le suivi plutôt que de *fermer le dossier* lorsque que la situation est *acceptable*. Les rencontres avec les clients pourraient être perçues comme excessivement longues. À l'inverse, des intervenants soucieux de répondre au plus grand nombre possible de clients pourraient être portés à mettre fin au suivi dès que la capacité d'autonomie fonctionnelle de la personne apparaît satisfaisante, alors que celle-ci serait en réalité encore fragile. Bonsack (2005) souligne le dilemme qui se pose lorsque, d'un côté, la bienfaisance peut devenir un abus de pouvoir si elle va à l'encontre des valeurs et des attentes du client; de l'autre côté, la promotion de l'autonomie et le respect des choix du client risque de basculer vers de l'abandon, et ce, surtout dans un contexte de restriction des ressources. Pour Thornicroft et Tansella (2003), la continuité des soins constitue l'un des principaux avantages des équipes de santé mentale de proximité. Du fait que le client bénéficie de contacts étroits avec la même personne à différents moments de la maladie, l'intensité des interventions peut être

ajustée selon les besoins, ce qui évite les transferts d'une équipe à l'autre. Ceci apparaît très approprié, mais peu éclairant sur les frontières entourant les besoins à prendre en compte.

### *Risque d'engorgement de l'équipe*

Une large définition des besoins ciblés dans un domaine aussi vaste que celui de la santé mentale, ainsi que de vagues indicateurs de l'atteinte des objectifs, sont des éléments propices à l'engorgement des équipes de santé mentale. Surchargées, celles-ci risquent de devenir inefficaces, incapables de répondre aux nouvelles références ou aux clients réguliers qui se retrouvent en situation de crise, ou bien encore d'offrir des traitements efficaces (Burns, 2004). Le *Plan d'action en santé mentale* (MSSS, 2005) inclut dans le rôle des équipes de santé mentale la promotion, la prévention, l'évaluation, le traitement, la réadaptation et la réinsertion des personnes atteintes de troubles mentaux. Or, si l'on considère que les troubles mentaux touchent approximativement 18 % de la population, cette proportion rapportée au territoire couvert par l'équipe dans cette étude correspondrait environ à 9 400 personnes. Les troubles mentaux graves (2 à 3 % de la population) représenteraient environ 1 062 à 1 593 personnes. Ces données indiquent un risque majeur et permanent d'engorgement de l'équipe. D'ailleurs, les membres de l'équipe ont rapporté tout au long de cette étude des préoccupations concernant la difficulté d'enrayer la liste d'attente et de diminuer les délais. Certains déplorent cette faille au principe d'accessibilité, tout particulièrement dans le cas d'un service qu'on qualifie de première ligne.

L'énoncé du modèle permet peu de circonscrire ce qui est plus spécifiquement du ressort de l'équipe et de déterminer à quel moment ou pour quels objectifs un autre service pourrait apporter sa contribution ou prendre la relève. La majorité des partenaires ont exprimé le besoin de mieux connaître ce qui se fait dans les CLSC et souhaitent une stabilisation et l'uniformisation d'un modèle d'intervention. Comme les besoins pris en compte changent d'un intervenant à l'autre, d'un CLSC à l'autre, il est difficile pour les partenaires des ressources communautaires et ceux du réseau de la santé de s'ajuster et de développer leurs contributions respectives de façon vraiment efficiente, dans un esprit de modèles de soins partagés plus formels.

Burns (2004) affirme qu'une limite supérieure explicite de clients par intervenant devrait être établie en considérant la complexité des besoins de la clientèle et de la

sophistication des interventions ou des traitements offerts. Cette limite peut être difficile à établir lorsque les besoins et les interventions sont peu définis et changeants. Selon l'auteur, un clinicien à temps plein pourrait difficilement suivre plus de 35 clients, et devrait réserver 10 à 15 % de son temps pour répondre aux imprévus. Si les contacts avec un client sont moins fréquents qu'aux deux ou trois semaines, l'équipe pourrait se questionner sur ce qu'elle fait qu'une autre équipe de première ligne bien soutenue ne pourrait pas faire. Toujours selon Burns, gérer la charge de clients est l'une des tâches les plus difficiles pour les équipes de première ligne en santé mentale. Ceci a d'ailleurs souvent contribué à leur mauvaise réputation, ajoute l'auteur, ce qui semble s'être avéré dans cette étude, si l'on considère que de nombreux partenaires considéraient l'accès aux services de l'équipe beaucoup trop restrictif. À ce propos, une étude qualitative réalisée par McEvoy et Richards (2006) indique que des éléments contextuels interfèrent avec les critères d'accès *officiels* des équipes de santé mentale comme la gravité, le risque, la bienfaisance, etc. Il s'agit, notamment, de la mesure où les besoins du client s'ajustent avec la planification stratégique établie, du fardeau des cliniciens, du nombre de références et du faible roulement de la clientèle, et même de la qualité des relations entre les cliniciens et gestionnaires. Il est probable que ce phénomène ait pu également être observé dans notre milieu d'étude.

### **Place des *technologies* dans une perspective d'intervention globale, éclectique et réflexive**

#### *Utilisation des avancées technologiques dans un contexte de soins génériques*

Tout au long de l'étude, les membres de l'équipe ont maintenu leur position quant à leur choix d'éviter de généraliser un mode de pratique à l'ensemble des membres de l'équipe, l'intervention résultant en bonne partie de la personnalité de l'intervenant, de ses intuitions, de ses connaissances, de ses croyances et des approches dans lesquelles il se sent à l'aise. *Autant d'intervenants, autant de modèles d'intervention*, disait-on. Cette position s'est maintenue malgré la critique de partenaires à l'effet que l'intervention ressemblait parfois à un soutien amical plutôt qu'à une aide professionnelle. Les orientations qui se dégagent du *Cadre de référence régional* en élaboration renforcent possiblement cette tendance en privilégiant l'engagement des intervenants dans un processus d'apprentissage dans l'action, l'agir professionnel se caractérisant par le caractère unique de chaque

situation. Les membres de l'équipe tiennent à ce que leurs interventions demeurent globales, éclectiques et systémiques.

Il ne pourrait être question ici de minimiser l'importance de recourir à diverses formes d'aide ou de traitements, d'autant plus que l'univers de la psychiatrie n'a jamais connu d'âge d'or où l'on a pu vraiment croire que les meilleures approches avaient été découvertes et se contenter simplement de les appliquer (Burns, 2004). Depuis toujours, il existe des débats et des dissensions par rapport aux diverses pratiques. Il ne pourrait non plus être question de nier la valeur incommensurable d'un savoir pratique renouvelé par un retour réflexif sur les stratégies d'intervention, ou de minimiser l'importance de la qualité de la relation sans laquelle les aspects techniques des pratiques ne trouvent pas de sens. De même, comme l'affirment les membres de l'équipe, les besoins en matière de santé mentale, loin d'être uniformes, varient selon la maladie, le soutien disponible et les conséquences sur la vie de la personne. La flexibilité est sans contredit essentielle et fait certainement partie des principaux avantages des équipes de santé mentale dans la communauté (Thornicroft et Tansella, 2003).

Tout en reconnaissant la valeur des *théories d'usage*, qui d'ailleurs génèrent elles-mêmes de nouveaux savoirs, le peu d'attention portée par les membres de l'équipe aux aspects théoriques qui leur ont été présentés au cours de l'étude peut apparaître surprenant. Parfois, l'idée d'intégrer aux pratiques des interventions *spécifiques* en s'appuyant sur des résultats probants a même semblé représenter un piège à éviter. Pourtant, un consensus est établi à l'effet que le traitement de la dépression et des troubles anxieux devrait être dispensé par les services de première ligne, et ce, en prenant en compte l'efficacité des types intervention (MSSS, 2005). De même, Rodriguez et Bourgeois, Landry, Guay et Pinard (2006), se référant aux travaux produits par l'Organisation mondiale de la santé, soutiennent que la psychothérapie, même si son efficacité est parfois contestée dans le cas de troubles mentaux graves, devrait faire partie des trois piliers du traitement de ces troubles dans la communauté, les deux autres étant le traitement biomédical et la réadaptation.

Dans le cadre de notre étude, des données théoriques sur un certain nombre d'interventions bien rodées, reconnues comme efficaces et dont plusieurs apparaissaient



applicables dans un contexte de service de première ligne (TCC, manuel autodidactique avec intervention minimale du thérapeute, entretien motivationnel, etc.) ont été portées à l'attention des membres de l'équipe. Ceci a également été fait en regard des approches thérapeutiques pour les troubles mentaux graves. Nous avons brièvement présenté des programmes structurés d'entraînement aux habiletés en milieu naturel dont certains sont accompagnés d'outils (feuilles de route, manuels d'application, etc.) pouvant être appliqués par un large éventail de professionnels ou même de paraprofessionnels. Bien que ces programmes soient généralement reconnus comme étant spécialisés, les membres de l'équipe auraient peut-être pu s'en inspirer pour concevoir des pratiques d'intervention novatrices. D'ailleurs, la version courte du programme de la Clinique sans murs peut être pour eux un excellent exemple de transposition d'une intervention spécialisée à un niveau de première ligne de services. Ou encore, dans l'éventualité où des programmes spécialisés étaient dispensés dans les services de deuxième ligne, ceux-ci pourraient trouver un prolongement par le biais des stratégies d'intervention utilisées par l'équipe de première ligne, contribuant ainsi au maintien et au renforcement d'acquis chez le client. Ces stratégies pourraient, par ailleurs, peut-être suffire pour des personnes moins gravement atteintes. Pourtant, les données ne permettent pas de conclure que ces types d'interventions sont dispensés par les membres de l'équipe, ni d'ailleurs qu'ils suscitent un intérêt réel. Peut-être s'inspire-t-on de certaines approches sous le vocable de l'éclectisme, mais ce point est demeuré obscur.

Peut-être apparaît-il contradictoire pour les membres de l'équipe de considérer des approches précises, circonscrites, reconnues scientifiquement au rang des meilleures pratiques, tout en se définissant comme une équipe générique et en défendant une approche globale. Ces interventions peuvent être perçues comme étant trop spécialisées pour faire partie du mandat d'un service de première ligne. À ce sujet, Lalonde et Lesage (2001) rapportent que des interventions développées par la recherche au niveau de la troisième ligne de services peuvent être reprises par les services de deuxième ou même de première ligne. Par exemple, la thérapie comportementale pour traiter l'agoraphobie, qui n'était offerte que dans quelques cliniques ultraspecialisées il y a trois décennies, est maintenant disponible dans un mode auto-administré, avec une supervision ponctuelle d'un professionnel de la première ligne. Jones (2002) soutient, par exemple, qu'étant donné les données concluantes sur la valeur thérapeutique de la TCC pour traiter les personnes souffrant de troubles

psychotiques, cette option devrait être disponible dans la communauté et assurée par des équipes génériques de santé mentale. Cependant, la tendance des intervenants à associer ce type d'intervention à un niveau de service spécialisé se pose comme obstacle, selon elle. Il apparaît donc nécessaire d'offrir aux cliniciens une formation et une supervision adéquates, de promouvoir de nouvelles attitudes vis-à-vis leur travail et de faire les ajustements sur le plan organisationnel. Ce dernier point apparaît important si l'on se rapporte aux résultats d'une étude réalisée par Henderson (2001) indiquant que plusieurs intervenants, à la suite d'une formation suivie indépendamment de leur établissement de travail, se sentent souvent déqualifiés et isolés lorsqu'ils tentent d'implanter de nouvelles idées ou des changements inspirés de leurs nouvelles connaissances. Celles-ci tendent à demeurer au rang de *connaissances personnelles*. Ces impressions ont également été exprimées par quelques membres de l'équipe dans notre étude.

Somme toute, il est apparu difficile durant l'étude d'écarter les questions à savoir sur quelles balises, à part le *bon sens* et l'*engagement* de l'intervenant, sont basées les pratiques intégrées sous le couvert de l'éclectisme ou d'une approche intégrative. Un phénomène quasi semblable a été mis en évidence dans une étude qualitative récente réalisée par Dustin (2006) auprès de travailleurs sociaux employés comme gestionnaires de soins (*care managers*). L'étude visait à explorer les perceptions de ces répondants à propos des connaissances et des habiletés dont ils considéraient avoir besoin pour exercer leur rôle. Les répondants provenaient de cinq équipes différentes intervenant auprès de personnes âgées, d'enfants et d'adultes. Il est ressorti que chaque travailleur social développe son propre style d'intervention, que la théorie instruit les pratiques, mais qu'elle n'est pas utilisée directement ou consciemment dans les activités quotidiennes. Par exemple, en lien avec le courant de pensée psychodynamique, l'influence des expériences vécues dans l'enfance sur la vie adulte est reconnue, mais il n'était pas dans la vision des répondants de s'inspirer de cet aspect théorique pour intervenir concrètement. Souscrire à une théorie particulière apparaissait peu concevable puisque aucune n'aurait pu rendre compte de tous les éléments de leur travail. Tout comme plusieurs membres de l'équipe de notre étude, la majorité des répondants interviewés par le chercheur ont éprouvé de la difficulté à discuter ou même à nommer une théorie à la base de leur pratique. Pour l'un des répondants, la théorie se trouvait *dans la tête* et ne pouvait être nommée. Dustin relève le litige que représente l'utilisation d'un *sens commun* plutôt que des théories, en ce sens que si une

compétence ne peut être démontrée ni même discutée, on pourrait se demander si elle existe vraiment. Cependant, comme nous l'avons observé dans notre étude, il apparaissait aux répondants qu'il ne s'agissait pas du sens commun de tout individu sans formation dans le domaine, mais d'un sens commun construit à partir de leur formation disciplinaire et de leur expérience. Il s'agirait de *compétences inconscientes*. Toujours dans l'étude de Dustin, d'autres ont exprimé, de façon un peu différente, des sentiments de frustration et de déqualification par rapport au fait que, de toute façon, il serait difficile d'utiliser les théories enseignées dans un contexte de surcharge de travail les obligeant à se restreindre à des tâches concrètes. Finalement, ce sont plutôt des connaissances pratiques sur les structures ou les organisations (alternatives de logements, etc.) qui importent, selon les répondants.

Pour comprendre pourquoi des innovations peu supportées par les résultats probants sont parfois largement adoptées, tandis que d'autres, bien appuyées, ne le sont pas, un groupe de chercheurs (Denis, Beaulieu, Hébert, Langley, Lozeau, Pineault et Trottier, 2001) ont examiné le processus de diffusion de quatre innovations cliniques ayant obtenu des niveaux de succès différents. Ils ont conclu que l'évidence scientifique n'est qu'un facteur parmi d'autres dans les processus d'adoption d'innovations. Elle pourrait être vue comme un *noyau dur* de l'innovation, alors que les stratégies d'implantation, souvent non appuyées scientifiquement, forment la dimension périphérique. Les différentes perceptions des acteurs à propos des bénéfices et des risques liés au changement, leurs intérêts, leurs valeurs, leurs expériences peuvent s'éloigner considérablement du discours neutre des résultats probants et en limiter l'intérêt pour les reconnaître ou adopter le changement. Par exemple, l'implantation de suivi intensif dans le milieu demeurerait trop lente selon les auteurs, en dépit du construit théorique relativement solide à la base de ce modèle. Toutefois, il est difficile de cerner précisément dans le modèle, les aspects les plus fortement liés à l'efficacité. Pour certains, ce genre d'intervention va à l'encontre du développement de l'autonomie de la personne. De plus, la valeur attribuée aux publications scientifiques, à l'expérience clinique, au jugement clinique professionnel et individuel module l'interprétation et la reconnaissance des données probantes. Plusieurs approches peuvent donc coexister et leur légitimité peut être admise sur des bases différentes. Ce qui a été observé dans notre étude semble bien illustrer ce phénomène.

Si l'on considère que les services de première ligne en santé mentale sont appelés à traiter la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux, on pourrait se demander comment il sera possible pour ces personnes d'avoir accès à des approches plus spécifiques, dont la supériorité de la valeur thérapeutique aura été démontrée de façon plus concluante par rapport à d'autres approches. En poussant encore plus loin ce raisonnement, il faut se demander comment il sera possible, par la recherche, d'innover dans le domaine des services de première ligne en santé mentale dans la communauté si, déjà, le fait de nommer les choses de façon explicite va à l'encontre de la philosophie adoptée.

### *Importance attribuée à la personnalité et primauté de la relation*

Burns (2004) observe que les modèles développés par les équipes de santé mentale reflètent l'évolution d'approches désordonnées (*untidy approach*), axées sur des besoins essentiellement humains plutôt que *techniques*. Travailler avec des personnes souffrant de maladie mentale exige la capacité de comprendre, de démontrer de l'empathie et de reconnaître la détresse au-delà de comportements dérangementants ou bizarres. Le développement d'un véritable respect pour la diversité et les différentes façons de voir le monde, qui est absolument nécessaire, peut faire en sorte que des approches spécifiques, basées sur des théories, soient perçues comme des carcans inutiles, ayant peu de sens dans les situations rencontrées sur le *terrain*. Par exemple, les résultats d'une étude qualitative réalisée par Hyvönen et Nikkonen (2004), visant à identifier les *outils* utilisés en santé mentale par des infirmières et des médecins dans des services de première ligne, indiquent que des professionnels détenant des formations semblables interviennent souvent différemment dans des situations similaires. Et encore, le même clinicien peut agir différemment dans des situations semblables, mais qui surviennent à différents moments. Les chercheurs ont nommé la personnalité du clinicien le *méga-outil*, afin de souligner l'influence majeure de ses façons personnelles d'intervenir, de ses attitudes et de ses valeurs sur les décisions concernant le choix d'autres *outils* versatiles, dont le soutien et l'écoute ressortent comme étant les principaux.

Selon Burns (2004), sous l'influence de la primauté donnée à la relation qui a profondément marqué les pratiques en santé mentale durant les années 1950 à 1960, les intervenants des services de santé dans la communauté auraient attribué une importance

exagérée à la relation entre l'intervenant et le client par rapport à l'attention portée, en contrepartie, à l'évolution des technologies<sup>9</sup> dans le domaine de la santé mentale. Ainsi, outre la formation et les habiletés professionnelles acquises, la qualité de la relation et la personnalité de l'intervenant sont considérées comme des éléments cruciaux. Cette tendance se dégage du *Cadre de référence régional* en élaboration, où l'on fait ressortir la perspective scientifique mettant au premier plan, comme facteurs déterminants de l'efficacité des interventions, la motivation de la personne, la personnalité de l'intervenant et la qualité de la relation entre ces derniers. Les techniques ne compteraient que pour un faible pourcentage. Dans la même veine, Rodriguez et ses collègues (2006) ont observé que du point de vue des utilisateurs des services de santé mentale, des valeurs telles que le respect, la dignité et le libre choix des personnes prévalent fortement sur les aspects techniques ou administratifs. Le courant actuel semble redonner les lettres de noblesse à la compassion, à l'empathie et à l'intuition, en contrepartie de la disqualification de ces aspects interpersonnels issue du fort courant de pratiques médicales ou psychosociales légitimées par une pensée positiviste. Ce que nous observons dans cette étude est peut-être le reflet d'un effort visant à rééquilibrer ces forces, c'est-à-dire valoriser l'expérience personnelle et singulière de la personne et non seulement le savoir *expert* de ce qu'il convient de faire.

### *Accent sur le soutien psychosocial*

Les membres de l'équipe ont démontré un intérêt mitigé pour les différentes technologies présentées, qui sont en fait peut-être plus en lien avec des interventions de traitement plutôt que de l'intervention psychosociale. Bien que le modèle issu de l'étude comprenne, par exemple, le suivi du traitement pharmacologique et le monitoring de l'état de santé physique parmi les interventions usuelles nommées, il n'en demeure pas moins que ces thèmes ont été très rarement abordés durant les entrevues avec les membres de l'équipe ou les entrevues de recherche de consensus. Les critiques en lien avec le peu d'interventions psychothérapeutiques et de traitement de la maladie disponibles dans la communauté ont surtout été soulevées par des partenaires.

---

<sup>9</sup> Le terme « technologies en santé mentale » réfère non seulement aux nouvelles médications, mais aussi aux psychothérapies spécifiques et interventions thérapeutiques qui se sont développées au cours des dernières années (Lalonde et Lesage, 2001).

Onyett (1999) réfère aux modèles de vulnérabilité-stress largement acceptés pour justifier l'importance des interventions sur le plan biologique et social. Kovess *et al.* (2001) reconnaissent trois axes donnant lieu à des besoins : la présence d'un diagnostic (axe santé/maladie), la détresse psychologique (bien-être/détresse psychologique) et des difficultés sur le plan du fonctionnement social. Des problèmes peuvent se situer davantage par rapport à l'un des trois axes plus qu'aux autres. De plus, leur importance respective varie avec le temps. Il semble que l'axe central de l'intervention de l'équipe soit le fonctionnement social. Ceci peut résulter de la représentation dominante d'intervenants en travail social parmi les membres de l'équipe. On ne compte que sur une seule infirmière et un médecin attitré à l'équipe (à temps partiel) dont les formations disciplinaires se rapprochent plus spécifiquement de l'axe santé/maladie.

Burns (2004) soutient que les cliniciennes et les cliniciens doivent sans cesse doser leurs interventions entre le traitement et le soutien visant l'autonomisation et l'intégration sociale. L'un ne pouvant être efficace sans l'autre, il ne pourrait être question de choisir entre les deux axes. Selon Kovess *et al.* (2001), il importe que, lorsqu'une personne est susceptible de bénéficier d'une intervention, elle puisse s'en prévaloir. La question à savoir qui offrira ces interventions se pose à nouveau. Peut-être qu'une faible disponibilité de *traitements* dispensés par les équipes de première ligne pourrait expliquer en partie le fait que les équipes de santé mentale de proximité ne puissent être associées à une diminution tangible des symptômes de la maladie ou à une amélioration des habiletés sociales (Simmonds *et al.*, 2001; Thornicroft et Tansella, 2003). Mentionnons toutefois que les équipes permettent d'accroître l'engagement et la satisfaction des clients vis-à-vis des services de santé mentale, et d'abaisser les taux de décès par suicide ou dans des circonstances suspectes, la durée des hospitalisations et les coûts.

Morant (1998) a également observé une tendance nette à adopter des modèles beaucoup plus près de la dimension sociale que biomédicale chez des professionnels en santé mentale dans la communauté (travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres, infirmières, éducateurs spécialisés). Dans le cadre d'une étude qualitative réalisée dans cinq services de santé mentale situés à Paris et à Londres, les répondants ont été invités à s'exprimer sur leur conception de la santé et de la maladie mentale, sur leurs rôles et sur les

stratégies à mettre en œuvre pour aider les personnes présentant des problèmes de santé mentale. Un sentiment commun d'incertitude est ressorti des propos émis plutôt qu'une notion claire et articulée définissant la maladie mentale comme on s'y attendait. La maladie mentale était conceptualisée autour de trois thèmes : une expérience différente et anormale, la détresse et une rupture dans la vie et le fonctionnement social de la personne. Ce qui apparaissait comme élément central de leur conception n'était pas les symptômes de la maladie, mais plutôt leur impact sur la capacité de la personne à composer avec les exigences de la vie quotidienne. La détresse était comprise non seulement comme un état intérieur, mais aussi par rapport à sa dimension sociale comme de la stigmatisation. De façon cohérente avec cette conception, les répondants orientaient leurs interventions dans un cadre essentiellement social, cherchant à améliorer la qualité de vie des clients en diminuant leur détresse et en restaurant une forme de *normalité*. Cette normalité, en accord avec les politiques de santé et sociale, se traduisait surtout par la capacité de vivre de façon autonome dans la communauté. Les répondants ne se percevaient pas comme étant associés au modèle médical ou engagés dans un modèle curatif des problèmes de santé mentale qui, de toute façon, leur apparaissaient comme des conditions permanentes ne pouvant être enrayerées malgré tous les efforts possibles. Les tâches visant l'amélioration d'un fonctionnement social et la gestion des activités quotidiennes constituaient les éléments fondamentaux du travail. Toute une panoplie de stratégies formelles et informelles étaient utilisées. Malgré leur statut d'experts, les répondants apparaissaient fondamentalement peu certains des stratégies qu'ils utilisaient. Pour Morant, cet *éclectisme* très large découle du sentiment d'incertitude qui caractérise la conceptualisation de la maladie mentale des intervenants, de même que le fait qu'aucune bonne façon de solutionner les problèmes ou de traiter la maladie va persister de toute façon, puisque tout traitement a ses forces et ses limites et que les résultats d'une stratégie sont en bonne partie imprévisibles. Dans ces circonstances, l'approche la plus sûre est d'implanter plusieurs stratégies simultanément ou séquentiellement. Ce que nous avons observé dans notre étude semble se rapprocher étroitement de ces résultats.

*Interdisciplinarité*

Bien que l'interdisciplinarité fasse partie des valeurs fondamentales partagées par les membres de l'équipe, ces derniers ont exprimé, du début de l'étude jusqu'à sa fin, des points de vue traduisant leur difficulté à rompre l'isolement. Les rencontres d'équipe auraient été espacées et auraient même cessé durant quelques mois. Une tentative d'implantation de stratégies de co-développement<sup>10</sup> n'a pas remporté le succès escompté. Les raisons évoquées ont trait tantôt à la surcharge de travail, tantôt à la faible implication des membres ou à la fragilité du climat de confiance établi entre collègues. Mis à part le travail en interdisciplinarité récemment implanté dans le cadre de la Clinique sans murs avec les membres de l'équipe chargés du suivi dans la communauté, le travail du psychologue est vu comme à part, la psychothérapie pour les personnes atteintes de troubles modérés versus le suivi dans la communauté de personnes atteintes de troubles graves. Dans ce modèle, le fait qu'il n'est pas vraiment nécessaire de travailler ensemble favorise peu l'interdisciplinarité (Lankshear, 2003).

Il en est de même pour le médecin dont le statut comme membre de l'équipe n'est pas très clair. Pour certains, il est dans l'équipe comme tout autre membre, tandis que pour d'autres, son rôle se limite à celui de consultant. Or, le médecin a une clientèle importante dont les clients de l'équipe ne constituent qu'une partie. Il apporte du soutien à l'équipe autant qu'il lui est possible de le faire, mais cette contribution semble demeurer tributaire de sa disponibilité. Reeves et Freeth (2006), dans une étude visant à améliorer le travail en interdisciplinarité dans deux équipes de santé mentale dans la communauté au moyen d'un programme de formation, ont été confrontés à une faible implication des médecins dans les sessions de travail. Ceci aurait eu comme effet de miner la valeur de la formation aux yeux des membres de l'équipe et d'en réduire l'impact. Comme dans notre étude, le fait que les médecins aient une autre clientèle en plus des clients de l'équipe a été identifié comme une contrainte. Aussi, les médecins auraient tendance à travailler à l'écart de l'équipe, ce qui va

---

10. Réflexion en équipe sur une difficulté soumise par l'un des membres ou à partir d'un thème particulier. Les compétences, connaissances et expériences de chacun sont mises à profit (Modèle issu du consensus).



dans le sens de l'existence d'un noyau d'individus qui travaillent étroitement ensemble tandis que d'autres demeurent en périphérie.

Le partage des rôles n'a soulevé que de rares commentaires durant les entrevues individuelles réalisées auprès des membres, si ce n'est que pour réaffirmer l'importance de maintenir une grande souplesse à cet égard. En réalité, ce sont surtout des partenaires qui ont exprimé des préoccupations, notamment quant à une interchangeabilité des rôles perçue comme exagérée. Certains y voient un empiètement sur les compétences disciplinaires de certains groupes et d'autres, une dilution des compétences disciplinaires au profit d'un rôle de thérapeute plus ou moins défini. Le risque d'escamoter ainsi des besoins importants de la personne a été soulevé. À cet égard, les résultats d'une étude réalisée par Brown, Crawford et Darongkamas (2000) indiquent que certains intervenants d'équipes de santé mentale dans la communauté, dans l'intérêt du client, adhèrent à une grande flexibilité et à l'érosion des frontières entre les divers rôles professionnels. Aussi dans l'intérêt du client, d'autres considèrent important de distinguer les rôles et les responsabilités de chaque professionnel. Les chercheurs rapportent que plusieurs participants dont les propos indiquaient le besoin de préserver leur identité professionnelle ont exprimé des préoccupations par rapport à ce qui allait être consigné dans le rapport de recherche, craignant d'être identifiés comme n'étant pas en faveur de l'évolution.

L'indifférenciation ou la confusion entourant les rôles professionnels dans le champ de la santé mentale dans la communauté peuvent s'expliquer plus particulièrement, comparativement à d'autres domaines, par le fait que tous les membres de l'équipe peuvent effectuer plusieurs des interventions parmi celles considérées comme essentielles à de *bons soins* (Burns, 2004). Par exemple, des qualités humaines comme l'empathie, la compassion et la compréhension sont attendues de tous les intervenants. Très peu de compétences ou d'habiletés sont strictement réservées à un seul groupe professionnel. Une grande part du contenu des programmes de formation est commune à toutes les disciplines, par exemple les troubles mentaux et leurs traitements, les grands courants de pensée en psychologie, l'intervention auprès des familles ou l'intervention en situation de crise. De plus, la raison déterminant le choix d'un intervenant est souvent en lien plutôt avec le tempérament ou la personnalité de ce dernier qu'avec sa discipline. Ainsi, toujours selon l'auteur, l'attention attribuée à la différenciation des rôles professionnels peut être exagérée, au détriment de

l'importance accordée à la disponibilité d'un éventail complet des habiletés et des compétences essentielles.

Les données récoltées ne permettent pas de conclure que des conflits de rôles importants existent entre les membres de l'équipe. Néanmoins, quelques membres ont exprimé un malaise par rapport à la faible reconnaissance de leurs compétences professionnelles par leurs collègues, ainsi qu'une difficulté à revendiquer la place nécessaire à l'exercice de leur rôle professionnel légitime. À ce propos, Larkin et Callaguan (2005) ont observé dans les équipes de santé mentale dans la communauté qu'en général, les professionnels croient que leur propre rôle est bien défini, mais que celui-ci n'est pas bien reconnu ou compris par les autres membres de l'équipe. Ainsi, selon les auteurs, si les professionnels ont une idée claire de leurs rôles respectifs, c'est peut-être l'équipe en tant qu'unité qui ne définit pas clairement les rôles et les responsabilités attendus des membres qui la composent.

Burns (2004) affirme que dans toutes les équipes de santé mentale, le chevauchement des rôles ou leur ambiguïté entraînent de l'incertitude, de l'anxiété et des tensions parmi les membres. Il a aussi constaté que les controverses sont généralement plus intenses et plus difficiles à résoudre dans les équipes génériques de santé mentale comparativement à celles de suivi intensif dans le milieu ou d'autres équipes spécialisées. Les ignorer dans un esprit de démocratie et d'inclusion serait une erreur, puisque des interventions mal définies ou mal coordonnées risquent d'être inefficaces, d'entraîner les acteurs impliqués dans le chaos et la confusion. Il importe que les contributions personnelles et professionnelles, de même que les responsabilités de chaque membre de l'équipe soient reconnues, et que la philosophie organisationnelle soit claire quant à l'importance du travail en équipe (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006).

Idéalement, les responsabilités spécifiques de chaque groupe de professionnels sont circonscrites dans une politique opérationnelle claire, appliquée avec souplesse afin de pouvoir réagir rapidement aux besoins changeants des clients (Brown *et al.*, 2000; Burns, 2004). Des rencontres régulières, hebdomadaires au mieux, permettent non seulement de rendre disponibles les habiletés nécessaires pour répondre aux besoins, mais aussi de

fournir un environnement de travail satisfaisant et valorisant. Le soutien professionnel et le ressourcement sont des exigences légitimes que l'organisation devrait permettre de satisfaire non seulement pour garantir la disponibilité des habiletés appropriées, mais aussi pour soutenir la confiance qu'ont les intervenants par rapport à leurs compétences. Ceux-ci ont non seulement besoin d'être à jour, mais de savoir qu'ils le sont (Burns, 2004).

### *Collaborations en partenariat*

Tous les ouvrages de référence ou plans d'action en santé mentale mettent au premier plan le partenariat et la collaboration entre les fournisseurs de services et les ressources de la communauté comme gages de qualité (Kates, 2002; MSSS, 2005). Les cliniciens des services généraux, des services courants ou des services de jeunesse-enfance famille ont la responsabilité d'accueillir les personnes atteintes d'un trouble mental diagnostiqué ou qui peuvent l'être et de leur offrir un soutien chaleureux. Ils répondent eux-mêmes au besoin ou orientent ces clients ou clientes vers une ressource appropriée, notamment l'équipe de santé mentale de première ligne lorsque le problème persiste après avoir reçu des services généraux. Il y a retour aux services généraux lorsque cela est possible. À un autre niveau, les services de première ligne sont soutenus par la deuxième et la troisième ligne. Par ailleurs, le *Plan d'action* (MSSS, 2005) recommande des modèles de *soins partagés* ou basés sur la collaboration, un mode de prestation des services où les omnipraticiens, les psychiatres, les psychologues en pratique privée, les professionnels de la santé mentale, les infirmières, les travailleurs sociaux et autres accomplissent un travail conjoint réel, plutôt que d'agir dans l'esprit d'un simple système d'orientation des patients. Plus précisément, le *Plan d'action* attribue aux omnipraticiens le rôle de traiter les troubles mentaux modérés et les troubles graves stabilisés, avec l'appui d'une expertise interdisciplinaire solide dans un CSSS. Les interventions conjointes apparaissent d'autant plus indiquées pour les personnes qui présentent une comorbidité liée à une déficience physique, intellectuelle ou à une dépendance.

L'utilisation de l'ensemble des ressources disponibles en vue d'apporter la meilleure réponse possible aux besoins et d'éviter les bris de services fait partie des principes auxquels tous les membres de l'équipe adhèrent d'emblée. Le modèle d'intervention énonce la continuité des services offerts en partenariat par une variété de ressources situées sur un continuum en guise de valeur fondamentale. La reconnaissance de

la valeur du travail des partenaires et une grande ouverture sont reconnues comme des conditions essentielles. Par contre, l'énoncé contient peu de précisions sur les possibilités ou les modalités d'interventions conjointes. Nombre de répondants parmi les partenaires ont rapporté que, selon eux, l'équipe pourrait alléger son fardeau en faisant davantage appel aux organismes communautaires et que les collaborations réelles dans une situation demeurent rares. La reconnaissance des créneaux d'expertise développés dans la communauté serait loin d'être gagnée. Peu d'indications dans le modèle laissent présager un décroisement des équipes à l'intérieur du CLSC. Les collaborations avec les médecins en pratique privée sont peu abordées dans le modèle, même si ceux-ci dispensent une grande partie des services en santé mentale (Lesage, 1996). L'équipe se reconnaît peu de pouvoir sur l'implication des médecins auprès des personnes atteintes de troubles mentaux. Bien que le psychiatre soit identifié comme étant le partenaire le plus direct, les collaborations avec les partenaires de la deuxième ligne sont peu abordées dans le modèle. L'équipe s'est développée en donnant la priorité à l'intervention directe avec les clients. La liste d'attente devenue de plus en plus préoccupante, il est possible que les intervenants se soient sentis obligés de rencontrer de plus en plus de clients, reportant le travail nécessaire à l'établissement de partenariats à un moment ultérieur, si parfois le jour venait où ils en *auraient le temps*. L'instabilité de l'équipe et les changements fréquents de chefs de programme ont pu jouer comme facteurs contraignants.

Les membres de l'équipe ont accordé peu d'attention à l'idée de modèles de soins partagés. L'idée d'implanter un suivi systématique<sup>11</sup> a connu le même sort, en dépit des avantages associés à ce mode de prestation des soins. L'attrait que représente ce modèle dans des domaines comme la chirurgie ou la cardiologie ne gagne pas le domaine de la santé mentale, les professionnels de ce milieu, comme nous l'avons vu, ayant tendance à résister à la prescription de lignes directrices (Burns, 2004). Rees, Huby, McDade et McKechnie (2004) ont en effet observé que les équipes de santé mentale n'implantaient pas les suivis systématiques (*Integrated Care Pathway*) en dépit des avantages qu'elles leur reconnaissaient (formalisation des soins, des rôles et des collaborations mieux circonscrits, diminution de duplications ou de failles dans les services, etc.). Le manque d'intégration au

---

11. Les suivis systématiques de clientèles correspondent à des plans d'intervention multidisciplinaires présentant en détail les étapes essentielles dans le traitement des patients qui ont un problème clinique spécifique.

niveau des organisations et de ressources pour soutenir le changement, les tensions générées par des rôles qui devenaient indistincts (l'intervenant pivot pouvant provenir de n'importe quelle discipline par exemple), la faiblesse de l'agenda de l'implantation (formation et développement de l'équipe) font partie des raisons évoquées. Enfin, la clarté d'une gamme de services institutionnels et d'organismes communautaires permet aux constituantes de préciser leur contribution respective et de l'articuler en fonction de la finalité précisée du continuum (Larivière, 2001). Apparemment, dissiper la confusion entourant les services devant former un continuum dans les secteurs de la santé mentale constitue un grand défi.

En somme, il ressort de cette section à quel point l'intervention en santé mentale au niveau des services de première ligne comprend de nombreuses dimensions et se développe sous l'influence de multiples perspectives, qui parfois même s'opposent. Les cliniciens, selon l'idée qu'ils font du juste milieu entre la responsabilisation du client et son besoin d'être pris en charge, créent pour chaque client se présentant avec sa situation unique, une aide *sur mesure* qu'il est difficile de transposer en mots. Cette intervention doit tenir compte des limites en termes de ressources, des zones d'incertitude par rapport aux meilleures pratiques à adopter et des difficultés à ajuster sa propre contribution en tant qu'intervenant parmi celles de plusieurs autres partenaires impliqués de différentes façons par rapport à l'une ou à l'autre des dimensions de la personne. Dans la section suivante, il sera plus spécifiquement question de l'implantation de changement ou d'innovation dans les organisations.

### **Considérations théoriques à partir des écrits sur l'innovation**

Le système de la santé poursuit sa transformation dans un contexte où la réduction des dépenses publiques s'impose, alors que les besoins de la population en matière de santé mentale augmentent. Les orientations ministérielles se positionnent autour d'une offre de services accessibles et de qualité, tandis que les technologies pour traiter différents troubles de santé mentale ont connu une évolution manifeste au cours des dernières années. L'implantation de services intégrés et hiérarchisés, à savoir des services communautaires avec des pôles de spécialisation, est à poursuivre pour augmenter l'efficacité des modèles d'intervention. Ce nouvel archétype de services en santé mentale suppose des changements

à apporter aux pratiques actuelles. Or, nous nous attendions à ce que la démarche proposée aux membres de l'équipe dans cette étude stimule l'innovation. Bien qu'il ne s'agisse pas ici d'implantation d'une intervention précise, il nous est apparu que les résultats obtenus dans cette étude pourraient être examinés sous l'angle de perspectives théoriques sur le changement et l'innovation. En fait, un très grand nombre de variables ayant des effets favorables ou contraignants sur l'innovation ont été identifiées dans les écrits (O'Toole, 1986). Le plus souvent, il s'agit de caractéristiques de l'intervention à implanter (clarté des buts visés, validité du construit théorique, etc.) ou de la disponibilité de ressources. D'autres variables concernent les acteurs responsables de l'implantation, comme leurs attitudes, le consensus à propos du changement à implanter ou autres. À partir d'aspects fondamentaux propres au champ de l'implantation de changements, nous situons tout d'abord, dans la partie suivante de cette discussion, la démarche de co-construction accomplie dans cette étude en tant que micro-implantation d'un changement, tandis qu'un processus de macro-implantation évoluait simultanément, notamment le *Plan d'action en santé mentale*, le *Cadre de référence régional* et le *Modèle d'intervention* pour le CLSC. Deuxièmement, nous abordons les résultats de cette étude sous l'angle de cinq grands modèles théoriques généralement utilisés pour aborder le changement. Ces modèles sont décrits par Denis et Champagne (1990). Il s'agit du modèle hiérarchique, du développement organisationnel, du modèle psychologique, du modèle structurel et du modèle politique. Enfin, une structure théorique proposée par Matland (1995) apporte un éclairage pertinent sur la démarche réalisée dans cette étude, en situant le changement par rapport aux degrés de conflit et d'ambiguïté qui le caractérisent.

### *Micro-implantation et macro-implantation simultanées*

Tout d'abord, l'implantation d'un changement peut être différenciée selon le niveau d'une organisation ou d'un réseau d'organisations où elle s'effectue. La macro-implantation s'intéresse plutôt aux facteurs environnementaux comme le contexte socioéconomique et politique, ce qui interpelle davantage les décideurs et les gestionnaires. Les variables peuvent surtout être manipulées à un niveau central, ce qui relève, d'un modèle hiérarchique (*top down model*) (Matland, 1995). Une micro-implantation concerne surtout les individus impliqués dans le processus de changement, les intervenants sur le

terrain et la clientèle concernée, ce qui rejoint davantage un modèle adaptatif de l'implantation (*bottum-up model*).

Cette étude s'intéressait essentiellement aux cliniciens et aux cliniciennes formant l'équipe de santé mentale comme acteurs impliqués dans la consolidation d'un modèle d'intervention. Les partenaires, interviewés dans le but d'enrichir les réflexions des membres de l'équipe, n'ont pas été conviés à participer à la recherche de consensus ni à produire des changements dans leurs pratiques. Notre démarche se situe donc à un niveau de micro-implantation. Simultanément à l'étude, diverses démarches de changement ont été introduites au niveau régional et provincial. Tout d'abord, au niveau régional, un comité d'experts a entrepris des travaux conduisant à l'énoncé d'un Cadre de référence dont le but était d'améliorer la clarté et la cohérence des services offerts par le programme de santé mentale adultes dans les CLSC au niveau de la région. Ces travaux ont débuté presque en même temps que l'étude, soit au début de l'année 2001, et ont terminé en 2003. Par la suite, au niveau du CLSC, le chef de programme a rédigé un Modèle d'intervention des équipes du continuum de services en santé mentale, à la suite des travaux réalisés par un Comité aviseur formé de représentants de tous les secteurs du continuum en santé mentale et des différents corps professionnels du CLSC où l'étude a été produite. Ce modèle apporte des précisions sur la philosophie de l'intervention, les valeurs, les clientèles, les services offerts et les modes de fonctionnement des services. Plusieurs thèmes sont similaires à ceux pris en compte par l'étude. L'écriture du modèle a été finalisée en 2004. Il est apparu au moment de débiter la quatrième étape de l'étude, qui consistait à retourner auprès de chacun des membres de l'équipe. Rappelons que cette étape suivait une période de deux ans durant lesquels la chercheuse ne travaillait pas directement avec les membres de l'équipe. Cette période comprend la suspension forcée de l'étude et la réalisation des deuxième et troisième étapes de l'étude (points de vue des partenaires et perspectives théoriques). Au milieu de cette période, la chercheuse avait rencontré brièvement l'équipe pour l'aviser de la reprise l'étude. Deux autres rencontres d'équipe ont suivi chacune des étapes réalisées (deuxième et troisième étape). Ainsi, le Modèle du CLSC rédigé par le chef de programme et les documents conçus pour cette recherche (points de vue des partenaires et perspectives théoriques) ont été soumis aux membres presque au même moment. Au niveau provincial, un plan d'action en santé mentale a été lancé en 2005. Et enfin, durant les mois précédant la fin de l'étude, une nouvelle vague de réorganisation des services (fusion des établissements

en CSSS et de nouvelles recommandations étaient imminentes. Bien qu'il soit difficile de dire dans quelle mesure, ces événements ont certainement influencé la démarche réalisée par les membres de l'équipe aux différentes étapes de l'étude, puisque, comme l'affirme Matland (1995), les organisations locales réagissent aux programmes gouvernementaux (macro-implantation). Ces aspects seront abordés plus spécifiquement dans les prochaines sections en considérant les modèles théoriques à la base du changement.

### *Éclairage apporté par des modèles théoriques à la base du changement*

Denis et Champagne (1990) décrivent cinq grands modèles théoriques généralement utilisés pour aborder le changement : le modèle hiérarchique, le développement organisationnel, le modèle psychologique, le modèle structurel et le modèle politique. Le modèle hiérarchique et le modèle du développement organisationnel, qui repose sur une vision normative, proposent des principes d'action aux gestionnaires. Le modèle hiérarchique met l'accent sur le contrôle des individus, ce qui apparaît peu pertinent dans le contexte de cette étude. Le modèle structurel et le modèle politique expliquent le changement plutôt que de fournir des balises aux gestionnaires pour l'implanter. Les auteurs rapportent que ces modèles sont souhaitables dans les organisations où un contrôle important est exercé par des professionnels qui assument les tâches centrales à la mission (médecins dans les hôpitaux, professeurs dans les universités par exemple). Il s'agit de milieux où les jeux de pouvoir influencent considérablement le processus de changement. L'appui des professionnels est ainsi fondamental au succès. Quant au modèle psychologique, il relie à la fois les traditions normatives et empiriques. Les événements survenus dans notre étude sont abordés ici sous l'angle de ces modèles.

#### *Modèle du développement organisationnel*

Le développement organisationnel fait ressortir les dimensions évaluatives et normatives du changement (Denis et Champagne, 1990). Le but est d'atteindre un consensus sur les objectifs poursuivis par le changement. Ce modèle dirige notre attention sur ce qui a pu constituer des attributs normatifs pour les membres de l'équipe dans cette étude. Tout d'abord, l'initiative de se lancer dans une telle démarche de réflexion et de confrontation des idées en vue de consolider le modèle d'intervention n'origine pas des membres de l'équipe, mais plutôt d'une invitation de la chercheuse. Bien que ce projet ait



été accueilli d'emblée comme une opportunité rare et précieuse à saisir et que la chercheure soit demeurée dans une position d'*animatrice* plutôt que d'*évaluatrice*, il n'en demeure pas moins qu'un regard minutieux était posé sur la façon dont chacun, chacune comprenait le rôle de l'équipe et intervenait auprès des clients et des clientes. Ces données, présentées ensuite à tous les membres de l'équipe y compris le chef de programme, étaient ainsi soumises à la critique et au jugement appréciatif. Même si les points de vue étaient rapportés de façon anonyme et sous forme de synthèses, il pouvait parfois être possible de reconnaître ceux ou celles qui les avaient exprimés. De plus, les éléments théoriques soumis à l'attention des membres ont pu prendre un caractère de prescriptions. Enfin, la chercheure, son directeur et sa co-directrice de recherche, étant des acteurs du milieu académique universitaire, il est possible que les membres aient parfois eu l'impression que leurs modes d'intervention allaient être évalués.

Le modèle organisationnel porte notre regard sur l'influence du style de leadership des chefs de programme s'étant relayés durant l'étude. Tout d'abord, le chef de programme en poste au départ manifestait un vif intérêt pour ce projet. De plus, il laissait une très grande latitude par rapport à la dimension clinique qu'il reconnaissait comme essentiellement du ressort des membres de l'équipe. Son remplaçant est entré en poste au moment où l'étude a dû être interrompue pour une période indéterminée. Il n'a donc pu, comme les autres membres de l'équipe, s'approprier dès le départ la démarche de co-construction proposée, ce qui a peut-être joué sur sa confiance envers ce projet. Par ailleurs, il a été chargé de jouer un rôle de premier plan dans les travaux de restructuration des services de santé mentale au niveau régional dans le prolongement des orientations ministérielles, et d'apporter les changements en découlant à l'intérieur du CLSC. Ainsi, il prenait les décisions et accomplissait les actions dont il avait le mandat. Il va de soi qu'il appartient à la personne mandatée comme chef de programme d'exercer le leadership requis pour atteindre des objectifs établis dans une planification précise. Par contre, on peut se demander si la démarche de transformation entreprise activement par le chef a pu entrer en concurrence avec cette étude basée avant tout sur la concertation et l'ouverture.

Au cours des différentes étapes de l'étude, il est arrivé que la chercheure se sente déroutée par l'écart existant entre les difficultés ou les zones d'incohérence relevées par la majorité des répondants, qu'il s'agisse des membres de l'équipe ou des partenaires, et les

prises de positions apportées par le chef de programme. Qui plus est, souvent appuyées par le Cadre régional ou par le récent Modèle d'intervention établi pour le CSLC, celles-ci donnaient l'impression que les difficultés étaient déjà résolues ou qu'elles étaient sur le point de l'être. Par exemple, l'implantation d'une supervision clinique obligatoire allait bientôt résoudre une bonne part des difficultés exprimées par des répondants. Il en est de même pour l'implantation d'outils formels qui allaient renforcer l'évaluation psychosociale et la démarche thérapeutique, et ainsi de suite. De surcroît, les cliniciens et les cliniciennes ont parfois pu se retrouver *entre deux feux*. Par exemple, il est arrivé que certains points de vue théoriques qui leur ont été soumis par la chercheuse différaient des perspectives établies dans le Cadre régional. C'est le cas des résultats probants démontrant la supériorité d'approches en terme d'efficacité pour traiter certains troubles mentaux et les orientations régionales mettant plutôt l'accent sur les aspects relationnels et la promotion d'approches systémiques et éclectiques. Nous pouvons aussi nous demander si certaines questions adressées aux membres de l'équipe étaient vraiment de leur ressort, comme par exemple celles concernant les besoins des personnes atteintes de dépression ou de troubles anxieux, considérant le fait que cette clientèle ne leur était pas clairement attribuée et qu'enfin, la décision à cet égard ne relevait pas de leur niveau. En fait, nos questions se situaient en amont de ces considérations, ouvrant de façon aussi large et ouverte que possible la réflexion sur le rôle des équipes de santé mentale de première ligne.

Il se pourrait que le contexte, dans lequel beaucoup semblait avoir *déjà été décidé*, ait pu décourager en quelque sorte les réflexions individuelles et collectives amorcées par les membres de l'équipe, ainsi que les efforts de négociations nécessaires à l'établissement d'un consensus. L'incitatif pour les membres est peut-être passé d'un désir initial de créer ou d'innover à celui de coopérer selon des lignes directrices qui s'imposaient graduellement en cours de route. Peut-être était-il préférable, dans ce contexte, d'attendre de voir de quoi il allait en advenir plutôt que de s'investir dans des élans de changements qui risqueraient d'être réfrénés.

### *Modèle structurel*

Le modèle structurel présente comme éléments majeurs du changement les attributs organisationnels (taille, degré de centralisation des décisions, etc.), le contexte organisationnel (environnement) et les attributs des gestionnaires. Ce modèle dirige notre

attention vers la composition de l'équipe, plus spécifiquement par rapport à sa structure qui repose sur trois sous-équipes respectivement attitrées à trois clientèles distinctes : 1) la sous-équipe assurant le suivi dans la communauté des personnes présentant des problèmes significatifs dans les sphères clinique et sociale liés à des troubles graves ou transitoires, 2) le Service de psychothérapie (psychothérapie individuelle) s'adressant aux personnes atteintes de *troubles transitoires* assez graves mais dont l'autonomie fonctionnelle est préservée et 3) la Clinique sans murs visant les personnes atteintes d'un trouble grave de personnalité à structure limite (thérapie de groupe et accompagnement individuel). Sans faire partie de l'équipe de santé mentale comme tel, mais également considérées comme *équipe de base plus étendue*, se retrouvent l'équipe des Services sociaux adultes et l'AEO psychosocial. Enfin l'équipe SIM, qui relève du centre hospitalier, est basée au CLSC.

Apparemment, l'histoire indique un faible taux de survie chez les équipes comptant moins que six individus à temps plein (Burns, 2004). Une équipe d'environ 10 à 20 membres serait optimale pour dispenser un éventail suffisant d'habiletés tout en permettant la collégialité. Dans l'étude, cet objectif est atteint en autant que l'on tienne compte de l'ensemble des équipes. Sauf que, comme l'indiquent les données, toutes ces équipes sont portées à travailler de façon isolée l'une de l'autre, mis à part les collaborations établies entre les intervenants de la Clinique sans murs et les membres de l'équipe chargés du suivi dans la communauté. Ces derniers apparaissent peu nombreux considérant les attentes à leurs égards. Certains ont rapporté des frustrations à l'effet que le temps consenti aux entrevues dans le cadre de cette recherche les obligeait ensuite à mettre les bouchées doubles pour rattraper le travail non accompli. Ainsi, on pourrait croire que le contexte où le fardeau pouvait sembler excessif aux membres de l'équipe aurait pu entraîner une désillusion par rapport à différentes possibilités d'innover, même vers des pratiques a priori très valorisées telles que l'implication dans des actions préventives par exemple. Par contre, cette explication apparaît incertaine si l'on considère les résultats d'une étude réalisée par Kent, Fiander et Burns (2003). Devant le manque de ressources souvent évoqué par les cliniciens comme obstacle à l'implantation de meilleures pratiques, comme par exemple le travail avec les familles, l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale ou un temps accru en contact direct avec les clients, les chercheurs ont vérifié auprès de deux équipes de santé mentale dans la communauté si l'ajout de ressources allait entraîner un changement dans les façons d'intervenir. Le temps d'intervention directe auprès des

clients n'a pas augmenté de façon significative. Les pratiques sont demeurées les mêmes. Les auteurs concluent qu'il peut être exagérément optimiste de croire que seule l'augmentation des ressources facilite l'adoption de nouveaux patterns. Si l'objectif des ressources additionnelles est de dispenser plus de soutien direct au client par exemple, ces ressources devraient être explicitement attitrées à cette activité.

Un autre élément ayant pu influencer le développement du modèle est le fait que le travail social était la discipline très majoritairement représentée dans l'équipe vouée au suivi dans la communauté. Il est alors possible que le paradigme de cette discipline ait dominé les points de vue et les positions des membres de l'équipe, ceux-ci étant davantage en mesure de se nourrir les uns les autres pour enrichir leurs points de vue et, probablement, de mieux les soutenir lors des rencontres de groupe. Burns (2004) est d'avis que les membres d'une équipe ont besoin de soutien pour se développer sur le plan professionnel, ce qui requiert généralement une masse critique de collègues appartenant à la même discipline, plutôt que d'en être le seul représentant. Peut-être qu'une représentation plus égalitaire des différentes disciplines, comme par exemple du côté des soins infirmiers et médicaux, de la psychologie ou de l'éducation spécialisée, aurait entraîné une dynamique différente dans les échanges et aurait favorisé la prise en compte plus soutenue d'autres perspectives que celles adoptées.

### *Modèle politique*

Le modèle politique repose sur une perspective critique dialectique, ouverte et naturelle, conduisant à la négociation continuelle entre les intérêts des différents acteurs. Il porte l'accent sur les jeux de pouvoir organisationnels, les règles ou les coalitions pour s'ajuster aux pressions internes et externe. Bien que l'étude de ces dynamiques n'ait pas fait l'objet de cette étude, elles en ont certainement influencé les résultats. À cet égard, les règles introduites explicitement et aussi implicitement par les chefs de programme ont certainement, à certains moments, donné lieu à des agissements pour tenter de retirer les meilleurs avantages possibles. De plus, rappelons que l'équipe, au début de l'étude, était en voie de terminer une démarche de groupe, supervisée par une ressource professionnelle externe, dans le but de consolider son fonctionnement. De façon optimiste, la majorité d'entre eux se réjouissaient d'un climat de confiance qui se développait lentement au sein de leur groupe. Il est possible qu'ils aient été si bien disposés à développer des liens

harmonieux entre eux, qu'il se soit établi, de façon implicite, une règle de respect inconditionnel des façons de faire de chacun. Ainsi, entrer dans un processus de négociation et de confrontation des points de vue comportait peut-être un risque de menacer ce fragile équilibre nouvellement acquis. Cette dynamique pourrait possiblement ne pas être étrangère à la vive réaction manifestée par l'ensemble des membres lors d'une rencontre de recherche de consensus, suscitée par le vocable *spécifique* pour décrire la Clinique sans murs ou le Service de psychothérapie dans l'une des versions du modèle d'intervention que la chercheuse leur avait soumise. Le terme spécifique a pu prendre une connotation de supériorité de ces services par rapport au suivi dans la communauté, lequel demeurerait si difficile à circonscrire. L'importance de bien garder tout le monde sur un pied d'égalité a pu sembler capitale à ce moment où des membres ont peut-être ressenti une dévalorisation de leur travail. Ce désir d'harmonie dans l'équipe pourrait aussi être en lien avec la quasi-absence de discussion sur les rôles plus spécifiques découlant des différentes disciplines dans l'équipe. Au lieu de définir ou de consolider les différents éléments du modèle d'intervention à la lumière des points de vue et des connaissances récentes dans le domaine de la santé mentale, de négocier en vue de s'entendre sur les meilleures modalités d'intervention à préconiser, le travail qui a émergé semble plutôt en être un d'intégration de l'ensemble des points de vue des membres. Il se peut que finalement, il s'agisse d'une formulation suffisamment générale permettant à chaque intervenant de conserver son propre modèle idiosyncrasique sans y apporter de changement.

En dépit de cette ouverture apparente, des tensions entre certains membres de l'équipe ont tout de même paru évidentes à certains moments. Alors que certains ont avoué ne pas trop exprimer ou défendre leur points de vue, croyant que ceux-ci ne seraient probablement pas considérés, d'autres ont assuré un leadership bien affirmé ou dominant, seuls ou en coalition. Comme il l'est mentionné dans le modèle politique, il est possible que l'hésitation des individus à prendre des risques et la crainte de jugements négatifs aient pu contrer le processus de changement.

### *Modèle psychologique*

Le modèle psychologique découle des écrits sur le changement des attitudes, la relation entre les attitudes, les croyances, les valeurs et les comportements. En fait, les individus tendent généralement à conserver les mêmes modes d'action malgré leur

adhésion aux principes soutenant une innovation (Staw : voir Denis et Champagne, 1990). Ce modèle, inspiré de la théorie de l'action (Argyris : voir Denis et Champagne, 1990), défend les *théories d'usages* qui se construisent avec l'expérience, c'est-à-dire les réponses apprises et appliquées de façon automatique. La complexité et l'ambiguïté des situations motivent le changement qui se produit avant tout dans un processus d'apprentissage. Il appartient donc au gestionnaire de créer un contexte favorable à cet apprentissage en encourageant les discussions sur les difficultés, l'identification des dilemmes, la recherche d'informations et l'engagement collectif dans des expérimentations. Ce rôle s'apparente à celui que nous croyons avoir déployé dans le cadre de cette étude.

Dans un milieu de professionnels, l'approche psychologique peut être indiquée lorsqu'il y a un désir réel de s'impliquer dans les apprentissages et dans le processus de changement. Dans l'étude, l'idée de participer à un éventuel processus d'innovation et de changement a pu paraître attrayante au départ pour les membres de l'équipe, d'autant plus que le projet visait essentiellement le cœur de leurs préoccupations quotidiennes, à savoir la dimension clinique de leur travail. Tous les membres souhaitaient rallier leurs pratiques autour d'orientations plus explicites et plus rassembleuses. Peut-être que ce désir, que nous avons pressenti au début de l'étude chez les membres, a pu perdre de l'intensité au fur et à mesure que, d'une part, la complexité des paradoxes soulevés se révélait et que leur résolution apparaissait de plus en plus improbable au fur et à mesure que l'étude avançait. Par surcroît, la durée des périodes d'interruption de l'étude et de collecte et d'analyse des données a pu semer des doutes sur la capacité de ce projet à produire les résultats attendus. D'autre part, s'est présentée l'opportunité d'adopter des directives provenant de leur chef. En dépit des contradictions et des zones obscures mises en évidence, le fait de réaffirmer le modèle existant, en reliant plus étroitement les divers éléments aux directives générales, a pu apparaître comme une alternative satisfaisante pour diminuer les ambiguïtés et, autrement dit, *régler la question*.

*Éclairage apporté par un modèle basé sur les degrés d'ambiguïté et de conflit du  
changement à implanter*

En vue de concilier la multitude de variables déterminantes des processus d'implantation déjà identifiées dans les écrits portant sur ce sujet, Matland (1995) propose

une structure théorique basée sur deux dimensions, soit le degré de conflit que l'implantation d'un changement suscite et le degré d'ambiguïté de sa planification (*ambiguity-conflict matrix*). Le conflit résulte d'un désaccord avec les buts de l'intervention à implanter. Les actions deviennent alors le résultat d'un processus de négociation. L'ambiguïté peut être une caractéristique des buts de l'implantation ou des moyens. L'ambiguïté des moyens survient dans les cas où la technologie nécessaire à l'atteinte des buts n'existe pas ou lorsqu'il est difficile d'identifier les meilleurs outils à utiliser, ou encore lorsqu'il existe des incertitudes relativement aux rôles que des organisations variées ont à jouer dans le processus de changement. Sur une matrice, quatre types d'implantation se distinguent à partir de leurs degrés de conflit et d'ambiguïté : l'implantation administrative, l'implantation politique, l'implantation expérimentale et l'implantation symbolique. Les paradigmes de l'implantation administrative et de l'implantation politique présentent un intérêt mitigé puisqu'ils s'appliquent à des situations dans lesquelles le niveau d'ambiguïté du changement est faible, ce qui est loin d'être le cas de la nature du changement envisagé dans cette étude. Par contre, les paradigmes décrits par l'implantation expérimentale ou symbolique, qui s'appliquent dans les situations caractérisées par un haut niveau d'ambiguïté, peuvent apporter un éclairage intéressant sur les résultats obtenus.

#### *Implantation expérimentale (bas niveau de conflit et haut niveau d'ambiguïté)*

Le type d'implantation expérimentale s'apparente à des situations où le niveau de conflit est bas et le niveau d'ambiguïté est élevé. Les conditions contextuelles et les caractéristiques des acteurs dominent le processus de l'implantation. Le degré de conflit présent dans cette étude peut sembler relativement bas, puisque les intervenants de l'équipe appuient les principales orientations ministérielles (accessibilité, globalité, etc.). Pour ce qui est du degré d'ambiguïté, nous pouvons dire qu'en dépit d'une position politique claire, l'ambiguïté des moyens pour en atteindre les objectifs semble s'être imposée comme cheval de bataille par excellence tout au long de l'étude, et même, comme vainqueur pourrait-on croire. Ce paradigme se caractérise par une technologie incertaine, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de moyen ou de comportement optimal clairement prédéfini. Par conséquent, les résultats ne peuvent être clairement prévisibles et le programme implanté varie d'un site à l'autre. Ce critère s'apparente à notre étude, d'autant plus que la quasi-absence de construit théorique à la base de modèles d'intervention de première ligne en santé mentale constituait la préoccupation majeure à la base de ce projet de recherche. Il est vrai

qu'inévitablement, l'implantation d'innovations dans le domaine de la santé provient de négociations entre des acteurs, du fait que l'évidence scientifique d'une intervention sera toujours partielle et sa supériorité par une autre sera toujours incertaine (Denis *et al.*, 2001)

Par ailleurs, ce type d'implantation peut présenter l'avantage d'une grande ouverture permettant d'adapter la réforme aux besoins locaux et à l'évolution des différentes organisations entourant les acteurs impliqués. De plus, il peut conduire à l'acquisition de nouvelles connaissances sur des technologies ou au développement d'interventions novatrices par l'évaluation formative. Les variations des modèles implantés constituent une abondance de nouvelles connaissances. Matland (1995) identifie cependant deux pièges à éviter lorsque l'implantation répond à ce paradigme, à savoir une forte recherche d'uniformité sous-jacente au processus d'implantation, ainsi qu'une information non rassemblée ni comparée, ce qui aboutirait à des modèles hasardeux. La démarche essentiellement dialectique accomplie dans cette étude constitue en fait une rare occasion où, justement, une information substantielle et un grand nombre de points de vue provenant d'une panoplie d'acteurs différents ont été rassemblés dans les formats les plus conviviaux possibles, sans cesse comparés et discutés. Il semble donc peu probable que ce piège en fût un ici. Par contre, peut-être que la recherche d'uniformité rejoint l'idée à la base de cette étude, soit d'arriver éventuellement à un modèle *consolidé*, de même que l'instauration par le chef d'un programme du *Modèle d'intervention au CLSC* qui, sans être trop précis, s'annonçait dorénavant comme un incontournable. En fait, nous avons cru que celui-ci allait représenter un point de vue de plus à considérer, en sous-estimant peut-être son caractère normatif. De notre côté, nous pourrions nous demander si nous avons suffisamment stimulé la créativité des membres de l'équipe. Notre intention était de respecter l'évolution de l'équipe sans imposer d'idées ou de points de vue précis. Il est possible que ces orientations aient contribué à garder les membres de l'équipe prisonniers de façons des façons de voir ou de faire habituelles, avec leurs paradoxes ou non, plutôt que de les inviter plus explicitement à s'aventurer sur des sentiers nouveaux.

#### *Implantation symbolique (haut niveau de conflit et haut niveau d'ambiguïté)*

À quelques égards, le processus réalisé dans l'étude s'apparente au paradigme de l'implantation symbolique, dans lequel les forces de coalitions, à un niveau microscopique plutôt que macroscopique, sont vues comme un déterminant des résultats. Le champ de la



santé mentale, où tous et chacun sont interdépendants, implique une multitude de dynamiques complexes inhérentes au partage du pouvoir et de coalitions se formant et se modifiant selon les enjeux en cause. Plusieurs aspects relatifs aux relations entre les membres de l'équipe ont été discutés sous le thème *Modèle politique* dans la section précédente. De façon plus spécifique, le paradigme de l'implantation symbolique relève la tendance des professionnels à référer rapidement à leurs connaissances disciplinaires respectives pour solutionner les problèmes qui se posent lorsque l'ambiguïté donne lieu à de multiples interprétations du changement à produire. Il en est de même lorsque plusieurs objectifs sont visés, comme par exemple les soins, le soutien aux activités de la vie quotidienne, le retour sur le marché du travail ou autres, lesquels peuvent être atteints de différentes façons. Des standards d'intervention différents conduisent souvent à des nœuds de coalitions compétitives. La compétition et la tendance à agir selon ses intérêts personnels peuvent l'emporter sur la vision objective des divers enjeux. En fait, il est survenu en cours de route l'idée que, somme toute, les membres de l'équipe qui interviennent directement dans la communauté proviennent majoritairement de la discipline du travail social (mis à part l'infirmière et l'éducatrice spécialisée). Ainsi, on pourrait croire que ce groupe constitue en lui-même une forte coalition dont les standards ou les règles sont peu contestés ouvertement. Par contre, des préoccupations ont quelquefois été soulevées par rapport aux sphères d'autonomie professionnelle durant les entrevues individuelles, mais sans jamais faire l'objet de discussions lors des rencontres de groupe. De façon beaucoup plus ouverte, des questionnements ont été posés au sujet du partage de pouvoir et de la conciliation d'idéologies avec les partenaires de la communauté ou ceux des services de deuxième ligne.

Dans ce type d'implantation, Matland (1995) précise que le haut niveau d'ambiguïté peut avoir comme effet de limiter des conflits. En fait, plus les buts du changement à implanter sont clairs et explicites, plus juste est l'idée que les acteurs peuvent se faire des menaces à leur territoire, ce qui peut entraîner des comportements allant à l'encontre du changement. Ainsi, peut-être pourrions-nous comprendre des résultats obtenus dans cette étude que la coalition, finalement, se traduit en quelque sorte par le maintien d'un haut niveau d'ambiguïté des moyens d'intervention, maintenant les membres à l'abri de luttes potentielles. Ceci pourrait avoir contribué à garder l'énoncé du modèle à un niveau assez vague et général.

## Limites et utilité de l'étude

### *Limites de l'étude*

Cette étude a permis à une équipe de base en santé mentale de décrire son modèle d'intervention. Par contre, celui-ci nous apparaît moins précis, moins explicite et moins novateur que nous l'aurions espéré au départ. Se pose maintenant la question à savoir si les choix méthodologiques ont pu contribuer à maintenir à un niveau général l'énonciation du modèle d'intervention. Ou encore, aurait-il été possible de faire autrement pour favoriser davantage l'exploration de voies nouvelles et conduire vers de l'innovation?

Parmi les différents aspects méthodologiques ayant pu affecter le niveau d'engagement des membres de l'équipe dans un éventuel processus de changement, notons d'abord la durée de l'étude (trois ans et six mois) qui apparaît excessive. Il est probable que les membres aient pu perdre de vue, à certains moments, les étapes du déroulement de l'étude, ainsi que le moment où leur engagement allait prendre fin. En fait, dans l'esprit d'un processus dialectique herméneutique inspiré de l'évaluation de quatrième génération (Guba et Lincoln, 1989), nous avons transcrit intégralement toutes les nombreuses et longues entrevues réalisées dans cette étude. Ce travail a demandé une somme considérable de temps. Il en a coûté des délais importants avant que les données puissent être retournées aux membres de l'équipe. Or, l'aspect dialectique dans notre étude s'est avéré beaucoup plus important que le processus herméneutique. En fait, il s'agissait beaucoup plus de juxtaposer, de comparer, de contraster et de reconsidérer les idées et les points de vue sur des thèmes ressortis assez aisément, que d'interpréter des constructions individuelles ou collectives. Ainsi, il aurait été probablement plus efficient, dans le contexte de cette étude, de cheminer au moyen de synthèses rédigées directement à partir des enregistrements d'entrevues, en ne relevant intégralement que les points saillants.

Deuxièmement, nous avons au départ invité les participants à cette étude (membres de l'équipe et partenaires) à s'exprimer sur des thèmes très généraux. Ceci a généré un grand nombre de points que nous avons fidèlement rapportés tout au long du processus de co-construction. Il aurait été probablement plus judicieux de cibler quelques zones de

changement ou de consolidation sur lesquelles les efforts auraient pu être plus concentrés. À partir des données recueillies lors de la première étape, plusieurs aspects soulevant des questionnements ou de l'insatisfaction ont été énoncés. De là, des priorités auraient pu être établies plus précisément sur des questions d'ordre clinique suscitant chez les membres un intérêt profond, et pour lesquelles le pouvoir d'apporter un changement était à leur portée. Ainsi, les problèmes relevant essentiellement du chef de programme ou d'autres dirigeants (niveau macroscopique) auraient pu être soulevés, sans toutefois faire l'objet d'efforts soutenus de co-construction. Comme il aurait été question surtout de points cliniques, le travail aurait pu être réalisé sans la présence des chefs de programme, ce qui aurait peut-être favorisé l'ouverture vers des voies moins normatives. Dans le même ordre d'idée, des zones de consolidation mieux ciblées auraient permis de restreindre la quantité de l'information tirée des écrits théoriques, présentée aux membres de l'équipe en vue d'enrichir leur réflexion. Par ailleurs, au fur et à mesure que le processus avançait, les questions posées aux membres durant les entrevues auraient pu être de plus en plus ciblées. Il aurait pu s'agir par exemple des questions suivantes : « De fortes tendances ressortent actuellement à l'idée d'impliquer autant qu'il est possible de le faire les familles ou les proches dans les activités de soins ou de suivi. Qu'en pensez-vous? Cela pourrait-il se faire ici? ». C'est ce que recommande Guba et Lincoln (1989) lorsque le chercheur introduit des directives ou des aspects théoriques provenant de sources détenant l'autorité ou une expertise difficilement contestables. Les auteurs suggèrent alors de ne pas révéler les sources de ce nouveau matériel. Cette façon de faire aurait peut-être permis de rendre l'information plus accessible aux membres de l'équipe.

Troisièmement, le fait de ne pas avoir recueilli le point de vue des utilisateurs ou des utilisatrices des services dispensés par les membres de l'équipe constitue une limite de cette étude. La prise en compte du point de vue de l'utilisateur des services est reconnue aujourd'hui comme étant un élément indispensable pour évaluer les pratiques (Rodriguez *et al.*, 2006). Le processus de co-construction décrit par Guba et Lincoln (1989) prévoit également la prise en compte des points de vue des *victimes potentielles* de l'intervention. Le contexte de cette étude ne nous permettait pas de nous lancer dans une nouvelle série d'entrevues auprès des utilisateurs de services. De plus la tentative produite pour obtenir des données sur leur condition de santé et leur niveau de satisfaction par rapport aux services a échoué en raison d'un nombre insuffisant de retours de questionnaires. Un

soutien plus important des membres de l'équipe en vue d'aider au besoin les clients à remplir les questionnaires lors d'une rencontre et de les inciter à mettre à la poste les questionnaires remplis, aurait peut-être permis d'obtenir un plus grand succès. Et encore, il nous a été impossible de dresser un portrait élaboré et précis de la clientèle suivie, la banque de données du CLSC étant en processus d'implantation au moment de l'étude.

### *Utilité de l'étude pour l'équipe en santé mentale de première ligne*

Que peut retirer l'équipe de santé mentale de sa participation à cette étude, outre une connaissance probablement accrue des différents points de vue de ses membres et de ses partenaires, et l'énonciation d'un certain nombre de lignes directrices générales ayant fait l'objet d'un consensus? En fait, les membres de l'équipe sont demeurés, du début jusqu'à la fin de l'étude, maîtres d'œuvre de l'énonciation de leur modèle d'intervention. Ils ont eu maintes occasions d'exprimer leurs points de vue de façon individuelle ou en groupe, et l'entière liberté de choisir dans quelle mesure ils allaient s'inspirer ou non de l'information portée à leur attention à toutes les étapes de l'étude pour, éventuellement, consolider leur modèle d'intervention ou s'aventurer dans le changement. Leur implication a pris fin avec la terminaison du modèle d'intervention consigné dans un document écrit. Ainsi, ils n'ont pas été saisis des préoccupations de la chercheuse rencontrées au cours des différentes étapes de l'étude ni des éléments énoncés dans cette discussion. Il ne fait nul doute que l'évolution de l'équipe et de son modèle d'intervention s'est poursuivie subséquemment. Il est cependant impossible d'apprécier l'influence du processus réalisé dans cette étude sur la suite de cette évolution.

Lorsque les membres de l'équipe prendront connaissance de l'analyse des résultats et de la discussion effectuée dans cette étude, il est probable qu'ils deviendront davantage sensibilisés aux paradoxes qui se posent et influent sur l'évolution de leur équipe. De même, il est possible qu'ils aient une conscience accrue de la difficulté soulevée par le haut niveau d'ambiguïté qui caractérise l'intervention de première ligne en santé mentale, soit leur pratique quotidienne. Par exemple, l'un des enjeux majeurs identifiés dans le *Plan d'action* est la priorité à accorder au « rétablissement de la personne dans sa globalité et au développement de moyens qui lui donneront espoir et faciliteront sa participation active à la vie en société » (MSSS, 2005, p. 11). Il s'agit d'un principe juste et légitime auquel nul ne

pourrait s'opposer pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Les propos exprimés par l'ensemble des membres de l'équipe indiquent une forte adhésion à ce principe pour leurs clients, avec qui ils parviennent à créer de bons liens et pour qui ils veulent ce qu'il y a de mieux. Par contre, des objectifs tels que le rétablissement ou la participation à la vie active laissent entrevoir des conditions idéales pour lesquelles une aide sans limites pourrait être apportée. La question étant peut-être mieux posée dans une perspective macroscopique à la suite de l'analyse des données et de la discussion des résultats, les membres de l'équipe pourraient possiblement être plus sensibles aux désavantages que peut présenter un modèle général donnant l'impression qu'en fin de compte, *tout est possible*. Il se pourrait bien que toutes ces considérations suscitent de nouvelles réflexions, des questionnements ou qu'elles permettent aux membres d'entrevoir de nouvelles voies possibles d'innovation.

#### *Utilité de l'étude pour les instances décisionnelles au niveau provincial, régional et local*

Cette expérience vécue par une équipe de base en santé mentale s'inscrit dans une période très actuelle de l'évolution des services de santé mentale au Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec ayant fait de la santé mentale une priorité nationale. Le *Plan d'action* repose sur la hiérarchisation des services de santé mentale, notamment le développement prioritaire des services de première ligne. Bien que cette étude ne constitue pas une analyse systématique d'un processus d'implantation ni d'une étude organisationnelle, les constats qui s'en dégagent permettent d'identifier certaines embûches auxquelles la mise en œuvre du *Plan d'action* risque de se heurter.

Tout d'abord, les résultats obtenus peuvent rappeler aux décideurs et aux gestionnaires l'ampleur des défis qui se posent aux cliniciens et aux cliniciennes en raison du haut niveau d'ambiguïté qui caractérise l'intervention en santé mentale et la complexité du système dans lequel cette intervention se met en œuvre. Tel que nous croyons l'avoir perçu, ce niveau d'ambiguïté laisse une place importante au développement de modèles d'intervention à partir du bon sens, des croyances, des valeurs, des compétences et des expériences des individus en place. Sans trop de balises et d'indications sur le rôle et les responsabilités des équipes de première ligne en santé mentale, sur la contribution particulière des intervenants formant ces équipes, ainsi que sur les moyens à privilégier, les modèles peuvent être développés de façon très hétérogène dans les différents milieux. Cette

diversité peut bien sûr constituer une richesse en autant qu'elle contribue à offrir des services mieux adaptés aux besoins de la population desservie en tenant compte de la disponibilité des ressources. Par contre, si elle est trop importante et trop difficilement saisissable, on risque de ne plus s'y retrouver. Par exemple, il peut être difficile pour des intervenants dans l'action de camper avec certitude quand et pourquoi ils entrent en piste, les actions attendues d'eux et dont ils sont responsables et imputables, quand ils ont à faire route avec un collègue ou un partenaire et quand il est temps de *passer le flambeau* ou de se retirer. On pourrait se demander comment cette diversité pourrait se concilier avec l'irréfutable logique du principe mis de l'avant dans le *Plan d'action*, à savoir « le bon service, à la bonne personne, par le bon intervenant, au bon moment, pour la bonne durée et au bon endroit » (MSSS, 2005, p. 14). Les problèmes de ruptures et de duplications des services risquent plutôt de perdurer. Du côté de la population, un trop grand flou entourant les services et les modalités d'aide, de soutien ou de traitements disponibles risque de contribuer à entretenir la confusion et de nuire au développement d'habitudes d'utilisation adéquate des services de santé. Ceci soulève des questionnements par rapport aux principes d'accessibilité et d'appropriation du pouvoir qui comprend la possibilité de faire des choix éclairés. De plus, ne pouvant ignorer les limites par rapport aux coûts des services de santé, la question concernant l'efficacité et l'efficience des pratiques et des modèles implantés pourrait faire l'objet de doutes pour qui s'y intéresserait précisément.

Un enjeu du *Plan d'action* est « l'amélioration de l'accessibilité des services de santé mentale de première ligne, particulièrement pour les personnes qui présentent des troubles modérés et qui ont besoin d'être évaluées et traitées rapidement, tant sur le plan médical que psychosocial » (MSSS, 2005, p. 11). Or, ce qui a été observé dans cette étude est l'accent porté par l'équipe de santé mentale sur l'aide psychosociale visant à maintenir dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Il a été difficile d'identifier avec précision qui, à part le psychologue de l'équipe, était chargé du traitement des troubles mentaux modérés. Par contre, vers la fin de l'étude, un programme de psychothérapie découlant d'une approche cognitivo-comportementale pour traiter les troubles de l'humeur était sur le point d'être implanté par un intervenant de la Clinique sans murs en collaboration avec un membre de l'équipe AEO. Ce changement s'inscrit bien dans la perspective ministérielle. Quant aux intervenants de l'équipe de santé mentale, ils nous ont semblé, pour la plupart, peu concernés par les approches psychothérapeutiques, les

traitements des troubles mentaux modérés, ou par la notion de services et de soins partagés pour traiter la dépression majeure par exemple. Ces tendances, examinées dans la perspective du *Plan d'action*, peuvent jeter de la confusion sur le rôle précis qui revient aux équipes de santé mentale de première ligne. En principe, leur action se situerait en continuité avec les services de première ligne existants et s'adresserait aux personnes ne pouvant être traitées à ce niveau. Il leur reviendrait de traiter « certaines personnes dirigées vers l'équipe » et aussi de « contribuer à la formation des ressources de première ligne de son territoire et faciliter ainsi la poursuite du traitement par celles-ci » (MSSS, 2005, p. 23). Et encore, il est énoncé dans le *Plan d'action* que : « Dans les CSSS, les équipes de santé mentale, en collaboration étroite avec les professionnels de leur territoire (médecins et intervenants psychosociaux)... pourront traiter en première ligne la majorité des personnes après que celles-ci aient été évaluées au guichet d'accès » (MSSS, 2005, p. 24). Ces orientations risquent d'apporter plus de questions que de précisions lorsque vient le temps de passer concrètement à l'action. Notamment, quelles seraient les *certaines personnes* que les équipes de santé mentale devraient traiter? Quelle serait cette *majorité de personnes* qu'elles pourraient aussi traiter? Sur quoi porterait la formation qu'elles dispenseraient auprès des ressources de première ligne?

Dans cette étude, il ne semble pas apparaître d'emblée que le traitement des troubles mentaux modérés ou le soutien aux intervenants de première ligne sur ce plan soient perçus comme étant du ressort de l'équipe de santé mentale. Ainsi, il pourrait être difficile pour les professionnels des services de deuxième ligne de développer, dans ce contexte, une confiance suffisante envers les services de première ligne pour y référer les personnes atteintes de troubles modérés. Des professionnels de la deuxième ligne ont effectivement exprimé dans cette étude le sentiment d'être obligés de traiter cette clientèle à leur niveau de services, faute de ressources suffisantes dans les services de première ligne qui seraient, selon eux, adéquatement formées. Ceci contribue à maintenir l'engorgement des services spécialisés.

Pour que puisse être instauré un modèle de soins partagés entre les professionnels des services de première ligne et ceux des services de deuxième ligne, et qu'un passage fluide entre ces deux niveaux de services puisse être assuré, il est nécessaire de pouvoir compter sur une équipe de santé mentale bien identifiée, qui utilise des moyens

d'intervention explicites au niveau des « services de première ligne spécialement destinés à la santé mentale »<sup>12</sup>. Ceci vaut aussi du côté des équipes offrant « des services généraux offerts à toute la population »<sup>13</sup>. Ces dernières doivent pouvoir compter sur l'appui bien défini de l'équipe de santé mentale en regard de l'aide à apporter à certains de leurs clients ou sur la possibilité de référer ceux qui ont besoin de traitement ou de suivi pour un trouble mental modéré. De plus, les paramètres par rapport aux actions d'une équipe de santé mentale bien identifiée doivent être explicites pour que les intervenants des organismes communautaires puissent déterminer leurs interventions en évitant la duplication des services et prendre part aux améliorations à apporter. Il importe qu'ils aient une idée juste du soutien qu'ils peuvent obtenir de l'équipe de santé mentale et des zones de collaborations possibles.

Un autre enjeu concerne « l'utilisation optimale de toutes les ressources en place afin d'assurer un partenariat entre les fournisseurs de services et entre les niveaux de services et d'offrir aux personnes ayant un trouble mental un traitement de qualité qui répond à la diversité de leurs besoins » (MSSS, 2005, p. 11). La confusion observée dans cette étude par rapport aux services de base ou de première ligne et aux services de deuxième ligne laisse présager que sans plus de précision des rôles et des moyens correspondant à chacun des trois niveaux de services, l'application de ce principe demeure incertaine. Bien que l'équipe de santé mentale de première ligne soit une équipe générique, il n'en demeure pas moins que son niveau de spécialisation est forcément plus élevé que celui des services de santé généraux et moins élevé que celui des services de deuxième ligne en santé mentale. La question qui se pose ici est d'identifier les interventions pouvant être associées au niveau de spécialisation d'un service de deuxième ligne, à celui d'un service de première ligne, plus spécifiquement l'équipe de santé mentale<sup>14</sup>, et à celui des services généraux offerts à toute la population (infosanté, accueil-évaluation-orientation et aide psychosociale). La même question se pose par rapport aux différentes disciplines. Quelles sont les interventions communes? Quelles sont celles relevant plus spécifiquement de l'une d'elles mais qui sont partagées avec d'autres? Quelles sont les compétences, les

---

12. Nomenclature énoncée dans le *Plan d'action*.

13. Nomenclature énoncée dans le *Plan d'action*.

14. Équipe de santé mentale : omnipraticien, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières et éducateurs (MSSS, 2005, p. 73).



connaissances, les formations spécifiques ou les modalités de supervision nécessaires pour accomplir certaines interventions aux différents niveaux de services?

Par exemple, on pourrait imaginer qu'il soit attendu d'une infirmière de Soutien à domicile ou faisant partie d'un Groupe de médecine familiale, qu'en collaboration avec le médecin de famille, elle assure le suivi de personnes traitées pour une dépression majeure. Les interventions habituelles dans ce type de suivi pourraient être identifiées et délimitées. Il pourrait s'agir, par exemple, de soutien à la pharmacothérapie au moyen de l'entretien motivationnel ou autres. Il serait attendu d'un travailleur social des Services psychosociaux, qu'il assure un *counseling* à court terme (ou autres types d'interventions...) auprès de personnes qui traversent une épreuve de vie difficile. Par contre, la réalisation d'une thérapie cognitivo-comportementale formelle, toujours par exemple, ne ferait pas partie des interventions attendues à ce niveau de service, même si le professionnel en avait la compétence. Toutefois, on pourrait s'attendre de l'équipe de première ligne en santé mentale qu'elle offre une psychothérapie de groupe ou individuelle découlant d'une approche reconnue théoriquement sur environ 12 à 16 rencontres pour les personnes souffrant de troubles modérés et, advenant un succès mitigé de cette intervention, qu'elle assure le passage à un service de deuxième ligne. Ou encore, il pourrait être attendu de l'équipe de santé mentale qu'elle apporte du soutien à des équipes partenaires du CLSC (Jeunesse-enfance-famille ou autres) ou aux ressources de la communauté. Enfin, ces interventions ne seraient pas attendues des professionnels de la deuxième ligne de services, et ainsi de suite. Un tel modèle serait éclectique puisqu'il s'agirait d'une intégration de différentes stratégies d'interventions issues d'approches documentées à privilégier selon les situations. Il va de soi que, peu importe les stratégies d'interventions appliquées, elles doivent absolument l'être dans un climat de compassion et de respect chaleureux de la personne, en tenant compte de ses valeurs et de ses préférences. Ceci vaut pour toute profession du domaine de la santé. Il est aussi évident qu'un modèle d'intervention, aussi explicite soit-il, ne pourrait d'aucune façon diminuer l'importance du jugement clinique de l'intervenant.

La détermination des types d'interventions attendus à chaque niveau de services est nécessaire pour permettre aux différentes équipes d'apprécier l'écart entre ce qui est attendu d'eux et ce qui se fait en réalité. L'établissement de ces paramètres permettrait de

déterminer plus objectivement le nombre d'intervenants requis dans une équipe et les disciplines à y regrouper, ou encore de faire des aménagements justifiés afin d'adapter les services aux contextes locaux, tout en reconnaissant l'écart existant avec un modèle de référence. Il apparaît également important de bien circonscrire les rôles, les responsabilités et les moyens pour dissiper chez les intervenants des craintes d'empiètement de leurs compétences et de leurs rôles. Ceci s'avère également préalable au développement réel de l'interdisciplinarité et à l'établissement de partenariats efficaces. La formation en cours d'emploi et les programmes de formation professionnelle doivent être adaptés aux rôles attendus des équipes de santé mentale. Par ailleurs, des paramètres doivent être établis de façon à ce que soient offerts, à tous les niveaux de services, des interventions couvrant adéquatement et en synergie les différents axes de besoins des clients (santé/maladie, détresse psychologique ou difficultés sur le plan du fonctionnement social).

Le *Plan d'action* soutient que « les travaux précisant les formes de traitement à privilégier sont nombreux et devraient guider l'évolution du traitement dans les services de première ligne » (p. 43). De plus, y est soulignée « la nécessité de réorganiser les services spécialisés de deuxième ligne afin que les personnes travaillant dans ces services soient en mesure de mettre leur expertise à la disposition des intervenants de première ligne par des activités de consultation, de soutien et de formation » (p. 11). Par ailleurs, comme condition de succès, le *Plan d'action* recommande d'assurer, dans les équipes de santé mentale de première ligne, la « présence d'un nombre suffisant de ressources humaines qualifiées et diversifiées (services interdisciplinaires) incluant des omnipraticiens... » (MSSS, 2005, p. 74). Il prévoit également la présence d'un psychiatre répondant qui assumerait la responsabilité de soutenir les intervenants de la première ligne d'un territoire donné en donnant des avis.

L'application de ces principes pourrait rencontrer certains obstacles si l'on se rapporte à ce qui a été observé dans cette étude. En fait, il semble qu'en général, la perspective de formation ou de soutien offerts par un psychiatre faisait peu de sens pour l'équipe de santé mentale étant donné l'écart qui sépare, selon eux, les orientations du traitement en milieu institutionnel et l'intervention communautaire. Par ailleurs, les omnipraticiens n'ont pas semblé faire figure de partenaires principaux non plus. Des répondants ont soulevé comme difficulté le fait que les médecins connaissent peu de

modalités de suivi conjoint avec d'autres professionnels. Leur lourde charge de travail est un obstacle important à leur implication dans le champ de la santé mentale. Ainsi, l'instauration de modèles de soins partagés ou de soins basés sur la collaboration, prévue dans le *Plan d'action*, repose sur des changements majeurs, puisque cette possibilité semble peu envisagée ni d'un côté ni de l'autre. Des collaborations plus étroites entre l'équipe de santé mentale et les médecins, de même qu'une diversité des ressources humaines dans les équipes de santé mentale, notamment des infirmières et des psychologues en plus des travailleurs sociaux, sont nécessaires pour renforcer le traitement des troubles mentaux dans la communauté. Une représentation plus complète des diverses disciplines aux différents niveaux de services est requise pour favoriser la fluidité entre ces niveaux. Autrement dit, des collaborations pourraient être facilitées puisque les différents professionnels pourraient transiger au besoin avec leurs homologues d'un niveau de services à l'autre, comme par exemple le travailleur social de l'équipe de santé mentale avec celui d'un service de deuxième ligne, un médecin de famille avec le médecin de l'équipe de santé mentale et ainsi de suite.

Le *Plan d'action* reconnaît comme fonctions essentielles celles de l'*agent de liaison* et de l'*intervenant pivot*. Or, il est dit par rapport à l'agent de liaison : « il importe qu'un ou plusieurs professionnels se partagent la responsabilité d'assurer les liens entre ces services... » (MSSS, 2005, p. 71). Dans cette étude, cette fonction était clairement définie et assignée à l'un des membres de l'équipe. Par contre, le terme *intervenant pivot*, lancé par la chercheure en cours de route, n'a pas trouvé preneur dans l'équipe. On a préféré le concept *intervenant attitré* en spécifiant qu'il s'agissait de l'intervenant désigné dans l'équipe pour apporter l'aide requise durant un certain temps, ce qui n'empêcherait pas la présence simultanée d'un intervenant pivot provenant d'un autre service ou d'une autre ressource. Le *Plan d'action* associe les activités de soutien et d'accompagnement de l'intervenant pivot à un « service de soutien d'intensité variable de soutien "post-crise" suicidaire ou de soutien à la vie dans des logements où la personne sera autonome » (MSSS, 2005, p. 71). Les membres de l'équipe de santé mentale se reconnaissent peu dans ce rôle. On pourrait se demander qui devrait assurer un *point fixe de responsabilité* pour les personnes atteintes de troubles mentaux dont la condition requiert plusieurs services sur de longues périodes. Ce rôle devrait-il relever des services de première ligne ou des services de deuxième ligne? On pourrait s'interroger sur les conséquences de n'identifier

explicitement aucun intervenant pivot par rapport à la continuité et à l'accessibilité des services. Des précisions doivent être apportées sur ce point.

Le *Plan d'action* invite à reconnaître le potentiel et les rôles des personnes utilisatrices des services, des familles et des proches. Selon nos observations dans cette étude, les membres de l'équipe n'ont pas semblé s'attribuer une grande responsabilité en regard des interventions à faire auprès des familles et des proches. Ce rôle leur a semblé plus près du mandat de l'équipe Jeunesse-enfance-famille dont les interventions sont plus de type familial. L'intervention de l'équipe de première ligne en santé mentale doit absolument comprendre l'identification de l'ensemble des partenaires potentiels et leur mise à contribution autant que possible. Systématiquement, les clientes et les clients, ainsi que les proches, doivent recevoir une information claire et détaillée sur l'existence des ressources d'aide et des services existants.

## **CONCLUSION**

Le renforcement des services de première ligne en santé mentale se pose comme défi prioritaire actuel à relever au Québec. De façon cohérente et efficiente, à un niveau systémique, les services de première ligne doivent mettre à contribution, en synergie, les forces de plusieurs professionnels provenant de différentes disciplines et d'un vaste réseau d'aide et de services. Nous avons tenté, dans cette étude, d'effectuer une avancée en ce sens en invitant des acteurs au cœur de l'action, soit les membres d'une équipe de santé mentale de première ligne, à énoncer et à consolider leur modèle d'intervention au moyen d'un processus dialectique de co-construction inspiré de l'évaluation de quatrième génération (Guba et Lincoln, 1989). Cette étude a permis de mettre en évidence toute l'ambiguïté qui entoure les rôles, les responsabilités, les moyens d'interventions et les collaborations dans l'univers des soins et des services qui se rattachent à la santé mentale. Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* énonce plusieurs mesures qui devraient permettre d'améliorer les services de santé mentale de première ligne au Québec et une grande part de la responsabilité directe du changement est attribuée aux cliniciennes et aux cliniciens : « Les mesures proposées dans ce plan d'action sont ambitieuses. L'atteinte des objectifs qui sont décrits sera possible dans la mesure où les différents partenaires visés et, au premier chef, les professionnels de la santé, accepteront de modifier leurs pratiques pour instaurer une véritable culture de travail en réseau axé sur l'atteinte des résultats » (MSSS, 2005, p. 89). Nous avons constaté dans cette étude, combien il est difficile d'entrevoir clairement ce que pourraient être, concrètement, les *modifications des pratiques* attendues pour atteindre les objectifs escomptés. En effet, le modèle d'intervention ressorti apparaît, somme toute, être demeuré assez conservateur de ce qui se faisait, indiquant des forces (respect de la personne, responsabilisation, autonomie, espoir, etc.), mais aussi en y reportant les aspects moins cohérents et les sources de confusion. Ceci peut paraître étonnant si l'on considère l'attention minutieuse portée sur ces points par des professionnels détenant un niveau élevé de formation et d'expertise clinique et ayant démontré une grande motivation à améliorer leurs modes de pratiques. De plus, nous pourrions ajouter que cet exercice d'intégrer leurs interventions de façon efficiente et en continuité dans un réseau aurait pu être facilité par le fait que les membres de l'équipe étaient susceptibles de connaître personnellement plusieurs de leurs partenaires, de même que les façons d'intervenir de ces derniers, en raison du milieu semi-urbain dans lequel ils exercent leur profession depuis nombre

d'années pour la plupart d'entre eux. Certains ont même déjà fait partie d'équipes partenaires. Et encore, s'ajoute à ces forces une connaissance tangible des défis de la transformation du réseau de la santé, plusieurs membres en ayant déjà vécu quelques grandes vagues. Malgré tous ces facteurs, en principe favorables, les résultats semblent laisser entrevoir une route jalonnée de détours possibles faute d'indications claires pour l'ouvrir et s'y engager.

Tandis que des sommes importantes sont octroyées au Québec pour réaliser le grand *tour* annoncé dans le *Plan d'action 2005-2010*, cette étude a permis d'identifier un certain nombre d'écueils possibles à sa mise en oeuvre. Ces constats nous amènent à entrevoir comme impératif l'énonciation d'un modèle de soins et de services de santé mentale de première ligne qui, à un niveau systémique, établirait clairement des balises pour guider l'intervention. Les principes devant orienter l'amélioration des services de santé mentale sont maintenant bien établis. Les services de santé mentale requis dans un continuum pour un territoire donné sont déterminés. Maintenant, ceux-ci doivent être offerts. Ainsi, le travail à faire porte plus spécifiquement sur la détermination des pratiques d'aide, de soutien, de soins et de traitements à rendre disponibles, par rapport aux problèmes courants en lien avec la santé mentale. Les lieux où ces interventions seraient disponibles, quels types de professionnels ou d'intervenants les effectueraient et quelle formation serait nécessaire pour les accomplir, doivent être précisés. Les connaissances que l'on détient déjà sur les meilleures pratiques doivent être implantées dans un archétype le plus efficient possible. Par exemple, dans une orientation de soins partagés, ce qui est vraiment partageable doit d'abord être identifié et clairement réparti ensuite. Des limites doivent également être précisées, à savoir ce qui relève d'un réseau publique de santé ou de services privés éventuellement, afin que les attentes soient réalistes, et ce, autant du côté de ceux qui dispensent des services que du côté de ceux qui en font usage. Ces précisions sont importantes pour favoriser une meilleure planification des rôles et des responsabilités à assumer du côté des intervenants comme du côté du client et de ses proches aidants.

Il nous apparaît qu'un tel modèle pourrait difficilement être érigé à un niveau local ou même régional, là où les us et coutumes établis et les enjeux risquent de l'emporter sur une vision objective d'un système cohérent et efficient. Notre expérience nous amène à douter de l'efficience d'un projet qui consisterait à lancer 95 Centres de santé de services

sociaux dans l'aventure de concrétiser les orientations du *Plan d'action*. Ainsi, il nous semble qu'une démarche semblable à celle réalisée dans cette étude doit être reprise, mais à un niveau provincial cette fois. Dans une visée systémique, une nouvelle étude pourrait être réalisée avec les différents acteurs impliqués par les soins et les services de santé mentale : des professionnels représentant différentes disciplines et tous les niveaux de services, des personnes utilisatrices des services, des familles et des proches de personnes atteintes de troubles mentaux, des représentants de ressources communautaires, d'associations et de secteurs interpellés, ainsi que des gestionnaires et des décideurs. Les différentes régions du Québec devraient être représentées dans ce groupe. Le travail consisterait à établir un consensus qui reflèterait l'intégration de l'information produite par les études scientifiques et le savoir pratique provenant de l'expérience. Les besoins des personnes atteintes de troubles mentaux et de leurs proches sont vastes et complexes. Ainsi, il devrait être possible d'intégrer les compétences de tous pour en tirer le meilleur profit en termes de gagnants-gagnants.

La réalisation d'une telle étude représente des coûts, mais probablement moins que ce qu'en coûterait laisser les instances régionales et locales aux prises avec une commande d'innovation dans un domaine caractérisé par un niveau d'ambiguïté et de complexité aussi élevé que celui de la santé mentale. Certes, un modèle d'intervention novateur pour les services de première ligne en santé mentale ne pourrait être parfait. Par contre, il permettrait probablement d'amorcer concrètement un virage et d'ouvrir la voie à des améliorations qui seront toujours possibles.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A., et al. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56(9), 1061-1069.
- Anciano, D., & Kirkpatrick, A. (1990). CMHTs and clinical psychology : The death of a profession? *Clinical Psychology Forum*, 26, 9-12.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation : Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542-559.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1996). *Les troubles anxieux : Orientations futures de la recherche et du traitement*. *Anxiety Disorders Clinic*: Clarke Institute of Psychiatry. Department of Psychiatry. University of Toronto. Santé Canada.
- Association des CLSC et des CHSLD du Québec. (2004). *Offre de services de première ligne en santé mentale (version abrégée)*. Direction des programmes. Québec.
- Bond, G. R., Miller, L. D., Krumweid, R. D., & Ward, R. S. (1988). Assertive case management in three CMHCs : A controlled study. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(4), 411-418.
- Bonsack, C. (2005). L'avenir de la psychiatrie est dans la communauté. *Santé mentale au Québec*, 30(59), 139-148.
- Brown, B., Crawford, P., & Darongkamas, J. (2000). Blurred roles and permeable boundaries : The experience of multidisciplinary working in community mental health. *Health and Social Care in the Community*, 8(6), 425-435.
- Burns, T. (2004). *Community mental health teams : A guide to current practices*. USA: Oxford University Press.
- Bush, H. A. (1979). Models for nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(2), 13-21.
- Chafetz, L., & Ricard, N. (1999). The biopsychosocial perspective in psychiatric nursing : Myth or future reality? *Canadian Journal of Nursing Research*, 31(2), 17-23.
- Ciarlo, J. A., Shern, D. L., Tweed, D. L., Kirkpatrick, L. A., & Sachs-Ericsson, N. (1992). II. The Colorado social health survey of mental health service needs : Simplifying, instrumentation, and major findings. *Evaluation and Program Planning*, 15, 133-147.
- Coffey, M. (1996). Facilitating change : A descriptive study of managing a community mental health team. *Psychiatric Care*, 3(1), 16-21.

- Comité de la santé mentale du Québec. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale : Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins de la personne atteinte de troubles mentaux graves*. Ministère de la santé et des services sociaux.
- Conseil médical du Québec. (2001b). *Les maladies mentales : Un éclairage contemporain*. Québec.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Avargues, M. C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 48, 517-539.
- Cormier, H., Guimond, G., Leblanc, G., & Riopel, L. V. (1998). *Évaluation d'un programme de traitement communautaire pour des personnes souffrant de troubles mentaux sévères*: Centre de recherche Fernand Seguin.
- Corrigan, P. W., & Garman, A. N. (1999). Transformational and transactional leadership skills for mental health teams. *Community Mental Health Journal*, 35(4), 301-312.
- Corrigan, P. W., Garman, A. N., Lam, C., & Leary, M. (1998). What mental health teams want in their leaders. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 26(2).
- Denis, J. L., Beaulieu, M. D., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., Pineault, R., et al. (2001). *L'innovation clinico-organisationnelle dans des organisations de santé*: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Denis, J. L., & Champagne, F. (1990). Pour comprendre le changement dans les organisations. *Gestion*( Février), 44-55.
- Donabedian, A. (1988). The quality of medical care : how it can be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Dustin, D. (2006). Skills and knowledge needed to practise as a care manager. *Journal of Social Work*, 6(3), 293-313.
- Fédération des CLSC du Québec. (1996). *Virage ambulatoire. Santé mentale : volet 4. La transformation du réseau*. Québec.
- Fédération des CLSC du Québec. (1997). *Position de la Fédération des CLSC du Québec sur le document de consultation "Proposition pour la transformation des services de santé mentale"*. Québec.
- Fenton, W. S., Blyder, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia : Empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651.

- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*. Ottawa.
- Galvin, S. W., & McCarthy, S. (1994). Multi-disciplinary community teams : Clinging to the wreckage. *Journal of Mental Health*, 3, 157-166.
- Gélinas, D. (1998b). Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec*, XXIII(2), 17-47.
- Goldberg, D., & Gournay, K. (1998). *The general practioner, the psychiatrist and the burden of mental health care* (Maudsley Discussion Paper no.1). London: Institute of Psychiatry.
- Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. (2003). The effect of medication management training on community mental health nurse's clinical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 40(2), 163-169.
- Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines. (2002). *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Guba, E., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage.
- Handy, C. (1993). *Understanding organisation*. London: Pinguin.
- Hanningan, B. (1997). A challenge for community psychiatric nursing : Is there a future in primary health care? *Journal of Advanced Nursing*, 26, 751-757.
- Hansen, T., Hatling, T., Lidal, E., & Ruud, T. (2004). The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 292-297.
- Henderson, J. (2001). Learning, changing and managing in mental health. *Journal of interpersonal care*, 15(4), 369-382.
- Holloway, F., & Carson, J. (2001). Review article : Case management, an update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 21-31.
- Huxley, P., & Oliver, J. (1993). Mental health policy in practice : Lessons from the all wales strategy mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 39(3), 177-189.
- Hyvönen, S., & Nikkonen, M. (2004). Primary health care practitioners' tools for mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 514-524.

- Institut de la statistique du Québec. (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Institut psychiatrique Clarke, U. d. r. s. l. s. d. s. (1997). *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale*. Santé Canada: Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial.
- Jackson, G., Gater, R., Goldberg, D., Tantam, D., Loftus, L., & Taylor, H. (1993). A new community mental health team based in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 162, 375-384.
- Jones, M. (2002). Cognitive-behavioural therapy for psychosis : Implications for the way that psychosis is managed within community mental health teams. *Journal of Mental Health*, 11(6), 595-603.
- Kates, N. (2002). Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, XXVII(2), 93-108.
- Katon, W. (1999b). Collaborative care models for the treatment of depression. Based on a presentation by Wayne Daton, Md. *American Journal of Managed Care*, 5(13 (suppl.)), S800-810.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., Walker, E., Unützer, J., et al. (1999a). Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1109-1115.
- Kennedy, S. H., Lam, R. W., Cohen, N. L., Ravindran, A. V., & CANMAT, G. d. t. (2001). Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs : IV. Pharmacothérapie et autres traitements biologiques. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 46, suppl. 1, 41S-64S.
- Kent, A., Fiander, M., & Burns, T. (2003). Does extra staff change clinical practice? A prospective study of the impact of extra resources in mental health teams. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(1), 50-53.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., & Eshleman, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kovess, V., Lesage, A., Boisguerin, B., Fournier, L., Lopez, A., & Ouellet, A. (2001). *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. France: Flammarion Médecin-Sciences.

- Lalonde, P., Aubut, J., & Grunberg, F. (1999). *Psychiatrie clinique : Une approche bio-psycho-sociale -Tome 1 : Introduction et syndromes cliniques*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Lalonde, P., & Lesage, A. (2001). Contours des 1ère, 2ième et 3ième lignes de services en santé mentale. Document reçu directement de l'un des auteurs.
- Lankshear, A. J. (2003). Coping with conflict and confusing agendas in multidisciplinary community mental health teams. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 10, 457-464.
- Larivière, C. (2001). L'amplification obligée des relations partenariales : L'interdépendance est-elle une menace à l'autonomie ? *Nouvelles pratiques sociales*, 14(1), 64-80.
- Larkin, C., & Callahan, C. M. (2005). Professionals' perception of interprofessional working in community mental health team. *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), 338-346.
- Lehman, A. F. (1996). Evaluating Outcomes of treatments for persons with psychotic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(Suppl. 11), 61-67.
- Lehoux, P., Levy, R., & Rodrigue, J. (1995). Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de 4ième génération. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2(1), 56-72.
- Lesage, A. (1996). Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques. *Santé mentale au Québec*, XXI(1), 79-96.
- Lesage, A. (1999). À propos du rôle des CLSC dans un système de soins de santé mentale. *Bien vieillir, Janvier*.
- Maingain, A., Dufour, B., & Fourez, G. (2002). *Approches didactiques de l'interdisciplinarité*: Coll. Perspectives en éducation et formation : De Boeck University.
- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the implementation literature : The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2), 145-174.
- Mayer, R., & Ouellet, A. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- McEvoy, P., & Richards, D. (2006). Gatekeeping access to community mental health teams: A qualitative study. *International Journal Nursing Studies*, 13.

- McGrath, M. (1993). Whatever happened to teamwork? Reflections on CMHTS. *British Journal of Social Work*, 23(1), 15-29.
- Mercier, C., & Guillemette, A. (1995). *Évaluation des services de base en santé mentale au CLSC Lamater*. Montréal: Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing : Preparing people for change* (2 ed ed.). New York: Guildford Publications.
- Mistral, W., & Velleman, R. (1997). CMHTs : The professionals' choice? *Journal of Mental Health*, 6(2), 125-140.
- Morant, N. (1998). The social representation of mental ill-health in communities of mental health practioners in the UK and France. *Social Science Information*, 37, 663-685.
- Moss, R. C. S. (1994). Community mental health teams : A developing culture. *Journal of Mental Health*, 3, 167-174.
- MSSS. (1989). *Politique de santé mentale*: Gouvernement du Québec. Québec.
- MSSS. (1997a). *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*: par Potvin, N., Paquet, R., Blanchet, L., Gendron, R., Lebel, M., Grenier, D. et Roberge, M.T. Gouvernement du Québec. Québec.
- MSSS. (1997b). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*: Gouvernement du Québec: Direction de la planification et de l'évaluation.
- MSSS. (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Québec.
- MSSS. (2001a). *Accentuer la transformation des services de santé mentale - Guides prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*.
- MSSS. (2001b). *Transformation des services de santé mentale - État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Québec.
- Munetz, M. R., Birnbaum, A., & Wyzik, P. F. (1993). An integrative ideology to guide community-based multidisciplinary care of severely mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(6), 551-555.
- Norman, I. J., & Peck, E. (1999). Working together in adult community mental health services : An interprofessionnal dialogue. *Journal of Mental Health*, 8(3), 217-230.
- O'Toole, L. J. (1986). Policy recommendations for multi-actor implementation : An assessment of the field. *Journal of Public Policy*, 6(2), 181-210.

- Onyett, S. (1995). Responsibility in community mental health teams. *Psychiatric Bulletin*, 19, 281-285.
- Onyett, S. (1997). Collaboration and the community mental health team. *Journal of Interpersonal Care*, 11(3), 257-267.
- Onyett, S. (1999). Community mental health team working as a socially valued enterprise. *Journal of Mental Health*, 8(3), 245-251.
- Onyett, S., & Ford, R. (1996). Multidisciplinary community teams : Where is the wreckage? *Journal of Mental Health*, 5(1), 47-55.
- Onyett, S., Heppleston, T., & Bushnell, D. (1994). A national survey of community mental health teams. Team structure and process. *Journal of Mental Health*, 3, 175-194.
- Onyett, S., Pillinger, T., & Muijen, M. (1995). *Making Community Mental Health Teams Work*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Onyett, S., Standen, R., & Peck, E. (1997). The challenge of managing community mental health teams. *Health and Social Care in the Community*, 5(1), 40-47.
- Ovretveit, J. (1990). Making the team work! *Professional Nurse*, 90(4), 284-288.
- Paquette, C. (1985). *Intervenir avec cohérence : Vers une pratique articulée de l'intervention*. Montréal: Québec-Amérique.
- Patmore, C., & Weaver, T. (1990). Rafts on an open sea. *Health Service Journal*, 100, 1510-1512.
- Patmore, C., & Weaver, T. (1992). Improving community services for serious mental disorders. *Journal of Mental Health*, 1, 107-115.
- Paxton, R. (1995). Goodbye community mental health teams - at last. *Journal of Mental Health*, 4(4), 331-334.
- Peck, E. (1995). On the team. *Health Service Journal*, 105(5447), 28-29.
- Perreault, M., Bernier, J., Tardif, H., Mercier, C., & Grenier, L. (1999). *L'accès aux services en CLSC pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale : Étude d'un modèle intégré aux services de base*. Montréal: Hôpital Douglas.
- Phelan, M., Stradins, L., & Morrison, S. (2001). Physical health of people with severe mental illness. *British Medical Journal*, 322, 443.
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Éditions nouvelles.

- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Pugsley, D., Rees, P., & Dimond, B. (1996). Community mental health teams : Development in community care. *British Journal of Nursing*, 5(22), 1398-1401.
- Rees, G., Huby, G., McDade, L., & McKechnie, L. (2004). Joint working in community mental health teams : Implementation of an integrated care pathway. *Health and Social Care in the Community*, 12(6), 527-536.
- Reesal, R. T., Lam, R. W., & CANMAT. (2001). Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs : II. Principes de la prise en charge. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 46, suppl. 1, 22S-30S.
- Reeves, S., Freeth, D., Glen, S., Leiba, T., Berridge, E.-J., & Herzberg, J. (2006). Delivering practice-based interprofessionnal education to community mental health teams: Understanding some key lessons. *Nurse Education in Practice*, 6(5), 246-253.
- Reiman, S. (1989). Multidisciplinary teamwork in a community setting : A discussion paper. *Clinical Psychology Forum*, 24, 18-21.
- Ricard, N. (1991). État de santé et réseau de soutien social de soignantes naturelles d'une personne atteinte de trouble mental. *Revue canadienne de santé mentale*, 10(2), 111-131.
- Richards, A., & Rees, A. (1998). Developping criteria to measure the effectiveness of community mental health teams. *Mental Health Care*, 21(1), 14-17.
- Rodriguez, L., Bourgeois, L., Landry, Y., Guay, L., & Pinard, J. L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté : Changer de perspective*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Sanderson, W. C. (2002). Why we need evidence-based psychotherapy practice guidelines. *Medscape General Medicine*, 4(4), <http://www.medscape.com/viewarticle/445080>.
- Sayce, L., Craig, T. K. J., & Boardman, A. P. (1991). The development of community mental health centres in the U. K. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 14-20.
- Searle, R. T. (1991). Community mental health teams : Fact or fiction? *Clinical Psychology Forum*, 31, 15-17.



- Segal, Z. V., Whitney, D. K., Lam, R. W., & CANMAT, G. (2001). Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs : III. Psychothérapie. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 46, suppl. 1, 31S-40S.
- Simmonds, S., Coid, J., Joseph, P., Marriott, S., & Tyrer, P. (2001). Community mental health team management in severe mental illness : Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 178, 497-502.
- Thornicroft, G., & Susser, E. (2001). Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 2-4.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (1998). *The mental health matrix : A guide to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2003). Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité? Version française de : "What are the arguments for community-based mental health care", réalisée par N. Germain, A. Lesage, D. Gélinas et J. Lepage. OMS. HEN. Adresse: [http://www.who.dk/Syntheses/mentalhealth/20030822\\_1?language=French](http://www.who.dk/Syntheses/mentalhealth/20030822_1?language=French).
- Tyrer, P. (2000a). The future of the community mental health team. *International Review of Psychiatry*, 12(3), 219-225.
- Tyrer, P. (2000b). Are small case-loads beautiful in severe mental illness? *British Journal of Psychiatry*, 177, 386-387.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental Health : A report of the Surgeon General*: Rockville, MD : U.S. Department of Health an Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center of Mental Health Services, National Institute of Health, National Institute of Mental Health.
- Ustun, T. G. (1999). The global burden of mental disorders. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1315-1318.
- Vérificateur général du Québec. (1996). *Rapport du Vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 1995-1996*: Gouvernement du Québec. Québec.
- Vérificateur général du Québec. (2003). *Rapport à l'Assemblée Nationale pour l'année 2002-2003, tome II, chapitre 2*. Québec: Vérificateur général du Québec.
- West, M. A., Borrill, C. S., Dawson, J. F., Brodbeck, F., Shapiro, D. A., & Haward, B. (2005). Leadership clarity and team innovation in health care. *Leadership Quarterly*, 14(4/5), 393-411.
- Yin, R. K. (1989). *Case study research : design and methods*. Newburry Park: Sage.

Zuniga, R. (1994). *Planifier et évaluer l'action sociale*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., & Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1653-1664.

## **Annexe 1**

**Projet de recherche proposé à l'équipe de base en santé mentale du CLSC**

**Projet de recherche proposé à l'équipe de base  
en santé mentale du CLSC**

**MODÈLE D'INTERVENTION D'UNE ÉQUIPE DE BASE  
EN SANTÉ MENTALE EN CLSC : UNE ÉTUDE DE CAS**

**PAR CLAIRE PAGE**  
**Candidate au doctorat en sciences biomédicales**

**Université de Montréal**

**Juin 2000**

L'équipe en santé mentale du CLSC XXXX a été créée à l'automne 1998. Elle était alors formée de dix membres. Un an plus tard, cette équipe a été divisée en deux équipes de cinq membres. L'une d'elle est spécifiquement chargée d'assurer le suivi intensif dans le milieu, tandis que l'autre est responsable des services de base. Nous proposons ici à l'équipe de base de participer à une étude s'intéressant à son modèle d'intervention. Premièrement, nous présentons brièvement le contexte ayant conduit à l'élaboration de ce projet de recherche. Deuxièmement, nous apportons les informations qui permettront aux membres de l'équipe et à la personne responsable de prendre connaissance du projet proposé, et d'apprécier l'implication qu'il requiert de leur part, ainsi que les avantages qu'il présente.

### ***Contexte justifiant le projet de recherche***

#### ***De grands défis***

Dans le mouvement de la transformation des services de santé mentale au Québec, la majorité des CLSC ont formé des équipes de base en santé mentale. Ces équipes devraient contribuer à offrir, dans la communauté autant que possible, des services pouvant répondre à l'ensemble des besoins des différents types de clientèles en matière de santé mentale. L'examen des politiques et des documents d'orientation produits à divers paliers du réseau de la santé laisse entrevoir les défis de taille qui se posent à ces équipes. En fait, on s'attend de celles-ci qu'elles jouent un rôle de maître d'œuvre en matière de prévention et de promotion en santé mentale, qu'elles deviennent à cet égard des agents mobilisateurs dans leur milieu. En collaboration avec les médecins de famille et autres partenaires, elles ont à jouer un rôle prédominant dans le dépistage des troubles mentaux et le traitement des troubles mentaux transitoires courants. De plus, elles sont invitées à s'engager de façon beaucoup plus soutenue vis-à-vis le soutien à la réadaptation et à la réinsertion dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants. Ces équipes ont également une responsabilité importante en regard du soutien à offrir aux proches des personnes atteintes, ainsi qu'en matière d'éducation et de sensibilisation de la communauté entière vis-à-vis les problématiques liées à la santé mentale. Ajoute à l'ampleur du défi à relever le rôle prédominant qui leur est attribué par rapport à l'intégration de l'ensemble des services de santé mentale situés à différents endroits sur un continuum, sur lequel elles occupent elles-mêmes une position centrale.

### ***Un mandat complexe en l'absence de modèles***

Ainsi, en l'absence de modèles d'intervention, la plupart des équipes de base en santé mentale en CLSC s'efforcent de développer une pratique interdisciplinaire, novatrice et efficace, tenant compte de l'ampleur et de la complexité des besoins à satisfaire dans ce domaine. L'intervention prend forme graduellement, s'adaptant aux situations émergentes et aux expériences accumulées jour après jour. Souvent, il s'agit d'un processus ardu, parsemé de difficultés. Un rapport récent (RRSSS XX, 2000) décrit de la façon suivante l'état de la situation par rapport à la transformation des services de santé mentale dans les CLSC de la région XX :

Le concept du programme relatif aux services de base est peu ou mal défini et l'offre de service s'inscrit plutôt en mode réactif (intervention en situation de crise, réponse à des besoins ponctuels, etc.). La diversité des clientèles qui se retrouvent dans un même « caseload / intervenant » avec peu de multidisciplinarité au niveau de l'intervention a pour effet de maintenir les équipes de base dans un rôle de « pompier ».

L'absence d'un modèle de pratique propre aux services de base... limite considérablement le développement d'une vision commune et articulée de l'intervention auprès de ces clientèles. Cela a pour effet de produire souvent des interventions isolées découlant des mandats spécifiques des établissements et des organismes concernés avec des résultats comme : la rupture dans la continuité des services, une faible collaboration entre les intervenants du réseau et une offre de service peu organisée collectivement<sup>1</sup>.

Ces mêmes constatations émergent également des écrits sur le sujet. En fait, très peu d'études se sont intéressées à l'intervention des équipes de base des CLSC au Québec. Par ailleurs, les écrits et les études provenant des États-Unis et d'Angleterre relèvent nombre de difficultés risquant de compromettre le succès attendu des équipes multidisciplinaires en santé mentale. Ils mettent en évidence, entre autres, le manque d'indications sur le fonctionnement de ces équipes, la confusion entourant les rôles qui

---

<sup>1</sup> RRSSS XX. (2000). Transformation - Consolidation des services de santé mentale Région XX. Document non paginé.

leur sont attribués, ainsi que les rôles de leurs membres, la difficulté à intégrer de façon stratégique les compétences complémentaires des différents professionnels et un manque d'attention au développement de services qui tiennent compte des besoins de la population.

La consolidation des services offerts par les équipes de base en santé mentale est reconnue comme étant prioritaire dans la poursuite de la transformation des services de santé mentale de la région XX (RRSSS - XX, 2000). Le projet de recherche que nous proposons vise à soutenir le processus d'implantation de ces équipes, plus spécifiquement en aidant l'équipe du CLSC XXXX à expliciter et à consolider son modèle d'intervention.

### ***La ligne de départ***

Le projet de recherche proposé repose sur un certain nombre de prémisses qui convergent des orientations gouvernementales, des plans régionaux et locaux d'organisation des services de santé ou qui s'inspirent des écrits scientifiques traitant des équipes multidisciplinaires en santé mentale. Ces prémisses sont les suivantes :

1. *Intervenir en fonction des besoins et du contexte local.* Les efforts de consolidation du modèle d'intervention de l'équipe devraient être engagés en fonction des caractéristiques de la population desservie, de la gamme de services disponibles au niveau local et de l'équipe en place. Ils devraient tendre à assurer la plus grande accessibilité possible des services aux individus, aux familles et aux communautés, et ce, le plus près possible des milieux de vie des gens. Les services de base devraient s'adresser à tous.
2. *Des modèles de pratiques efficaces et reconnus.* Le modèle d'intervention de l'équipe de base en santé mentale devrait être fondé sur des approches et des méthodes pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables.
3. *L'interdisciplinarité.* Le partage d'une vision et d'objectifs communs parmi les membres d'une équipe, auxquels chacun, chacune contribue de manière

coordonnée, selon ses compétences et ses aptitudes, et dans le respect des fonctions des autres, devrait contribuer à rendre cette équipe plus efficace.

4. *Les services de base : un sous-système de services.* Les services produits par l'équipe de base en santé mentale constituent un sous-système faisant partie d'une gamme complète de services (ressources communautaires, services spécialisés). Assurer la continuité et la complémentarité des ressources et des services alliés et éviter leur dédoublement constituent un rôle crucial des équipes de base. La mise à contribution des partenaires naturels de la communauté devrait également tenir lieu de fondement de l'intervention.
5. *Une approche intersectorielle.* La concertation entre l'équipe de base et des instances appartenant à d'autres secteurs que celui de la santé, notamment ceux du logement, du revenu, de l'emploi et de l'éducation, en vue de prévenir ou de résoudre des problèmes de santé mentale, devrait augmenter l'ampleur de l'impact des actions de l'équipe sur la santé de la population.
6. *Participation des usagers et des usagères.* Les équipes de base en santé mentale devraient demeurer réceptives aux besoins et aux préoccupations des individus, des familles et des communautés desservies. Ainsi, elles devraient faire intervenir activement les consommateurs et les citoyens dans la planification, l'organisation et l'évaluation des services.
7. *La consolidation d'un modèle d'intervention : un processus soutenu, basé sur la mise à contribution des membres de l'équipe.* Une démarche structurée, fondée sur la reconnaissance et la participation active des membres d'une équipe de santé mentale, devrait aider cette équipe à expliciter, consolider et peut-être enrichir son modèle d'intervention. Cette démarche devrait être facilitée par le soutien d'une personne extérieure à l'organisme, celle-ci ne représentant pas une discipline, ni une organisation en particulier, de même que par l'instauration d'une culture d'apprentissage dans l'équipe. La consolidation du modèle d'intervention adopté et l'analyse de son implantation devrait permettre à cette équipe de répondre plus efficacement aux besoins de la population.



Ceci dit, nous présentons dans la partie suivante en quoi consiste le projet de recherche proposé.

### ***Projet de recherche proposé***

Cette partie présente d'abord les profits que différents acteurs peuvent tirer de l'étude proposée. Elle expose le but de l'étude, puis la méthode prévue. L'engagement requis de la part de la chercheuse, des membres de l'équipe et de la personne responsable, ainsi que les engagements à prévoir sur le plan financier sont ensuite décrits. Enfin, un échéancier est proposé.

### ***Intérêts des différents acteurs concernés par cette étude évaluative***

Parmi les nombreux acteurs qui pourraient tirer profit de cette étude, nous en reconnaissons quatre principaux, soit la chercheuse, les membres de l'équipe, le responsable de l'équipe et les personnes utilisatrices des services offerts par l'équipe.

*La chercheuse.* Au départ, ce projet est proposé par la chercheuse à l'équipe de base en santé mentale et au responsable de l'équipe. Il s'agit d'une étude évaluative devant répondre aux exigences d'obtention d'un diplôme de doctorat en sciences biomédicales. Les résultats obtenus seront donc colligés dans une thèse et devraient faire l'objet d'un certain nombre de publications. La réalisation de cette étude devrait permettre à la chercheuse d'expérimenter une approche novatrice visant à soutenir les efforts fournis par une équipe pour consolider son modèle d'intervention, ainsi que de faire avancer les connaissances sur les services de base en santé mentale. L'engagement local et régional de la chercheuse, soit au départ au niveau des soins spécialisés en psychiatrie, puis de l'enseignement et de la recherche universitaire dans le domaine de la santé mentale, compte déjà de nombreuses années et est appelé à se poursuivre dans le cadre de ses fonctions comme professeure à l'Université du Québec à Rimouski. Cette implication à long terme et l'ouverture d'un milieu de recherche par la réalisation de ce projet apparaissent favorables à la poursuite ultérieure des efforts visant à améliorer les services de santé mentale dans la région.

*Les membres de l'équipe.* Cette étude permettrait aux membres de l'équipe de bénéficier d'une aide extérieure soutenant leurs efforts produits en vue de consolider

leur modèle d'intervention. Le processus qui leur est proposé devrait les aider à clarifier et à enrichir leurs points de vue personnels sur les pratiques d'intervention adoptées par l'équipe et à mieux comprendre les façons de voir de leurs collègues ou d'autres acteurs impliqués. Il devrait faciliter l'évolution vers un consensus parmi les membres sur le modèle d'intervention à privilégier et documenter les points en litige. La considération minutieuse des perceptions de chaque membre de l'équipe, caractéristique à la base de la méthode de recherche proposée, devrait s'avérer stimulante, valorisante, et encourager les membres à exercer leur pouvoir d'influencer l'évolution de leur service. Le succès de cette démarche pourrait conduire à l'énoncé clair et explicite d'un modèle d'intervention issu d'une réflexion approfondie, reflétant les convictions de l'équipe.

*La personne responsable administrativement de l'équipe.* Tel qu'énoncé dans les prémisses de départ présentées plus haut, il se pourrait que la poursuite d'objectifs communs définis en fonction des besoins de la population, le fait de privilégier des approches fondées sur les résultats et des activités bien coordonnées, contribuent à augmenter l'efficacité et l'efficience des services. Le succès de cette étude pourrait ainsi s'avérer avantageux d'un point de vue administratif.

*Les personnes utilisatrices du service.* Les usagers ou les usagères, et leurs proches, pourraient trouver dans cette étude une occasion d'exprimer et de faire valoir leur point de vue à l'égard des services qu'ils reçoivent, et ainsi, exercer un certain pouvoir sur le contrôle de leur situation de santé. Puis, il apparaît raisonnable de croire qu'une intervention mieux définie, consolidée, permettrait d'atteindre de meilleurs résultats sur le plan de la santé et du bien-être des personnes et des populations ciblées.

D'autres acteurs concernés par l'implantation des services de base en santé mentale pourraient aussi bénéficier de cette étude. C'est le cas par exemple des personnes occupant des postes de direction au CLSC, des gestionnaires de la région régionale de la santé et des services sociaux, des intervenants d'autres services à l'intérieur du CLSC (services courants ...) ou à l'extérieur du CLSC (urgence, services spécialisés en psychiatrie...) ou des ressources communautaires de la région. De plus, les résultats de cette étude pourraient être utiles à quiconque en général se retrouve

dans une situation comparable à celle des professionnels de l'équipe de base sollicitée pour ce projet, ou s'intéresse à l'innovation des services de santé mentale.

### ***Le but de la recherche évaluative proposée***

Cette étude propose de chercher des réponses aux quatre grandes questions suivantes :

1. Quelles sont la nature et les caractéristiques du modèle d'intervention de l'équipe de base en santé mentale du CLSC XXXX?
2. Quels sont les aspects du modèle qui fonctionnent le mieux, ceux qui pourraient être améliorés, et comment pourraient-ils l'être?
3. Le cas échéant, comment la nature et les caractéristiques du modèle d'intervention de l'équipe seront-elles transformées au cours du processus de reconstruction?
4. Comment *un processus de reconstruction inspiré de l'évaluation de quatrième génération* (expliqué à la section suivante) peut-il aider une équipe de base en santé mentale à consolider son modèle d'intervention?

Ce type d'étude évaluative s'inscrit dans une approche formative, c'est-à-dire qu'il vise à porter un jugement sur la valeur intrinsèque de l'intervention (sa nature, son essence) dans l'intention de voir comment elle pourrait être améliorée. Les résultats devraient intéresser avant tout l'équipe participant à l'étude. Ainsi, le but poursuivi n'est pas d'évaluer la valeur extrinsèque de cette intervention sur le plan de l'atteinte de résultats ou d'une conformité à des standards quelconques.

### ***Méthode de recherche proposée***

La méthode de recherche proposée pour arriver à consolider le modèle d'intervention de l'équipe se situe dans un paradigme que l'on appelle *constructiviste* et s'inspire de *l'évaluation de quatrième génération* développée par Guba et Lincoln (1989). Il s'agit d'un processus par lequel un chercheur s'intéresse d'abord aux perceptions et aux points de vue personnels de chaque participant (*leurs constructions*) et tente, en créant des espaces de réflexion, de discussion, de critique et de négociation, de dégager graduellement un consensus sur une construction collective de l'objet évalué.

Concrètement, la démarche proposée consiste à interroger un premier participant en vue de comprendre sa construction du modèle d'intervention de l'équipe, ses croyances, ses préoccupations, sa perception des enjeux présents, les améliorations souhaitables compte tenu des besoins de la population et du mandat attribué à l'équipe. Un deuxième membre de l'équipe est ensuite rencontré, soumis aux mêmes questions, et de plus, est invité à réagir à la construction du participant précédent. La nouvelle construction est intégrée à la première. Le même processus continue auprès du troisième participant et ainsi de suite. Tous sont donc invités à réagir à la construction collective qui évolue graduellement. Cette ronde auprès de chaque participant est appelé le *cercle herméneutique dialectique*. Herméneutique signifie qu'une interprétation des propos émis par les participants, la plus juste possible, est faite par la chercheure. Dialectique signifie que l'information récoltée est constamment comparée à celle que l'on détient déjà, en cherchant à raffiner continuellement la construction qui évolue. Par ailleurs, des écrits, des résultats de recherche ou autres données peuvent être introduits auprès des participants lorsqu'ils en expriment le besoin pour combler un manque. Des discussions de groupe sont tenues dans le but de raffiner les constructions émergentes, de déterminer quelles données supplémentaires pourraient être utiles et la façon de les collecter, circonscrire les points de désaccord, négocier en vue d'atteindre un consensus à la lumière de nouvelles informations ou décider des moyens de répondre à des besoins éventuels rencontrés en cours de route.

Nous proposons d'inclure trois types de participants dans cette étude. Premièrement les membres de l'équipe et la personne responsable forment le noyau principal du cercle herméneutique. Deuxièmement, afin d'alimenter les réflexions du groupe, des données sur l'expérience vécue par quelques usagers ou usagères et personnes proches par rapport aux services reçus pourraient être récoltées. Troisièmement, tout autre informateur clé, compte tenu de sa connaissance de la situation ou de son vécu, pourrait être interviewé sur ses perceptions par rapport au modèle d'intervention implanté par l'équipe. Il pourrait s'agir par exemple de médecins en pratique privée, de représentants d'organismes communautaires ou autres. Enfin, tout document écrit en rapport avec les besoins de la population, les ressources disponibles, le rôle de l'équipe de base, les protocoles ou les politiques, et d'autres données de recherche peuvent être intégrés aux données.

Il importe de souligner qu'en fait, le devis proposé contient une part d'imprévisibilité, puisque nombre de décisions sont prises par les membres de l'équipe, en collaboration avec la chercheure, selon les besoins soulevés au cours de l'évolution du cercle herméneutique. Ces choix peuvent concerner par exemple les participants à inclure dans l'étude, les questions à leur poser ou les informations à s'enquérir auprès d'autres sources (dossiers des usagers, registres...) et ainsi de suite.

### ***Engagements de part et d'autre***

Le succès de cette étude repose sur l'engagement de la chercheure, de l'équipe de base et de la personne qui en est responsable.

L'engagement de la *chercheure* consiste à :

- soumettre le projet à la direction du CLSC pour fin d'approbation, en présentant les règles d'éthique devant être respectées (liberté des usagers de participer ou non à l'étude, obtention de consentements écrits, anonymat, publication de parties des propos exprimés conditionnelle à l'accord des participants, possibilité de l'équipe de se retirer de l'étude à tout moment);
- soumettre le projet à un comité d'éthique pour fin d'approbation,
- soumettre des demandes de subventions auprès de divers partenaires pour supporter certains aspects de la réalisation de l'étude;
- maintenir une position d'intégrité envers les membres de l'équipe et les autres participants à l'étude,
- réaliser les entrevues auprès des participants (environ 30 entrevues individuelles au total) et animer les discussions de groupe (2 entrevues prévues);
- enregistrer les entrevues et les discussions de groupe sur magnétophone, les transcrire et les soumettre aux répondants pour fin de validation (des ajouts, des retraits ou des nuances peuvent alors être apportés);
- demeurer disponible à recevoir de l'information des participants en dehors des entrevues (rencontres informelles, courrier électronique, documents...);
- assister aux réunions de l'équipe;
- résumer le contenu exprimé durant les entrevues et énoncer le ou les modèles d'intervention qui se dégagent;
- enrichir les constructions émergentes par l'analyse de documents écrits ou autres informations disponibles;

- soutenir l'équipe dans la recherche et le traitement de données souhaitées en cours de route (exemples : caractéristiques des usagers ou usagères, provenance ou destination des références ...);
- soutenir l'équipe dans la recherche d'informations par rapport aux approches valables, fondées sur les résultats, ou dans l'organisation d'activités visant à répondre à des besoins identifiés en cours de route (ateliers, séminaires...);
- assurer qu'un agent de recherche (autre que la chercheure) procède à une entrevue avec les membres de l'équipe et la personne responsable pour récolter les données qui serviront à évaluer la valeur de la démarche évaluative réalisée;
- respecter la volonté des participants dans l'éventualité où ces derniers demandent de garder confidentielles certaines informations;
- rencontrer régulièrement son directeur de recherche, Dr Alain Lesage et sa codirectrice, Dre Nicole Ricard, afin de discuter des biais pouvant se glisser dans l'analyse, des décisions prises et des incertitudes rencontrées;
- rendre compte des résultats de l'étude en rédigeant sous forme *d'étude de cas* l'expérience vécue par l'équipe et la chercheure, et ce, en veillant à assurer l'anonymat des données recueillies.

L'engagement des *membres de l'équipe de base et de la personne responsable* comprend les actions suivantes :

- maintenir une position d'intégrité envers les membres de l'équipe et la chercheure;
- être disposé à revoir et à changer ses positions lors de négociations persuasives et à partager le pouvoir entre les membres de l'équipe;
- participer à des entrevues individuelles (3 au maximum) et à des discussions de groupe (2 rencontres prévues), enregistrées sur magnétophone;
- remplir un journal de bord (registre des activités réalisées, des périodes de temps allouées à l'étude, réflexions ...);
- valider les transcriptions d'entrevue;
- participer aux activités planifiées par l'équipe durant le déroulement du cercle herméneutique (ateliers, séminaires, lectures ...);
- donner accès à la chercheure aux documents écrits ou aux registres de données spécifiques selon les demandes de l'équipe et de la personne responsable;

*Par rapport aux engagements sur le plan financier, les aspects susceptibles d'entraîner des coûts au CLSC sont les suivants :*

- libération du personnel pour participer aux entrevues individuelles (environ 8 heures) et aux discussions de groupe (environ 8 heures : 2 demi-journées), valider les transcriptions d'entrevue, remplir le journal de bord et participer aux activités générées par le cercle herméneutique selon les décisions prises par les participants;
- mise à la disposition de locaux pour les entrevues et les rencontres de groupe.

### ***L'échéancier proposé***

Le propre de l'évaluation de quatrième génération est de s'adapter au contexte et aux situations qui émergent en cours de route. Puisque la souplesse en constitue la règle d'or, l'échéancier proposé est ici une tentative. Le cercle herméneutique pourrait débiter au mois d'octobre 2000 et prendre fin au mois de novembre 2001.

#### **Échéancier proposé**

An 2000	
Septembre	◇ Achèvement de la préparation du terrain : obtention des autorisations, etc.
Octobre	◇ Entrevues individuelles auprès des membres de l'équipe et du chef d'équipe. Validation.
Novembre	
Décembre	◇ Première entrevue de groupe : présentation de la construction émergente du modèle d'intervention, validation, discussion sur les améliorations souhaitées, les enjeux, les points en litige ; identification des besoins d'informations spécifiques, des personnes à joindre au cercle (usagers, proches, informateurs clé), d'activités spécifiques (ateliers, formation ...). Validation.
AN 2001 (suite)	
Janvier	◇ Entrevues auprès des usagers ou usagères, et des informateurs clé.
Février	◇ Collecte de données spécifiques souhaitées et autres recherches d'informations.
Mars	◇ Réalisation d'activités selon les décisions de l'équipe.
Avril	
Mai	◇ Deuxième entrevue individuelle auprès des membres de l'équipe et de la personne responsable (refaire le cercle probablement avec des questions plus ciblées sur des points cruciaux à la lumière de nouvelles informations). Validation.
Juin	
Juillet-Août	
Septembre	◇ Préparation de la discussion de groupe prévue pour la négociation.
Octobre	◇ Discussion de groupe : négociation sur les points litigieux (obtenir le plus de consensus possible sur les points demeurés en litige). Validation.
Novembre	◇ Entrevues individuelles auprès des membres de l'équipe et de la personne responsable en vue d'évaluer la démarche utilisée dans cette étude. Validation.

***Pour conclure ...***

Nous croyons fortement que cette étude pourrait générer des connaissances pratiques fort utiles pour contribuer au développement d'une nouvelle culture en ce qui a trait à l'intervention communautaire en santé mentale au Québec. Toutefois, c'est notre objectif ultime de produire des résultats les plus profitables possibles à l'équipe de base en santé mentale du CLSC XXXX qui orientera cette étude, en espérant ici l'avoir gagnée à accepter d'y participer.



## **Annexe 2**

### **Guide de la première entrevue individuelle auprès des membres de l'équipe (étape 1)**

## GUIDE D'ENTREVUES INDIVIDUELLES

### Membres de l'équipe (étape 1)

#### DÉFINITION DU MODÈLE D'INTERVENTION

Pourriez-vous me dire, dans vos mots, la raison d'être de votre équipe?

Pouvez-vous nommer quelques caractéristiques fondamentales de votre façon d'intervenir auprès de la population que vous desservez?

Comment décririez-vous la place qu'occupe votre modèle d'intervention par rapport aux autres services de santé ou ressources communautaires?

- les services psychosociaux courants du CLSC
- l'équipe de suivi intensif dans le milieu du CLSC
- les autres programmes du CLSC
- les services psychiatriques du CH
- les médecins en pratique privée
- les organismes communautaires
- autres

#### VALEURS

Nous tenterons maintenant d'élucider les valeurs à la base du modèle d'intervention de votre équipe. Certaines de ces valeurs peuvent être présentes sans être clairement reconnues par les membres de l'équipe. Pour vous aider à nommer ou à identifier ces valeurs, nous vous proposons de compléter les phrases suivantes.

- Le travail fourni par notre équipe est important, parce que...
- La population que nous desservons est en droit de s'attendre de notre équipe qu'elle...
- Les droits les plus importants des personnes auprès de qui notre équipe intervient sont...
- Les partenaires provenant du réseau de la santé sont en droit de s'attendre de notre équipe qu'elle...
- Les partenaires provenant des ressources communautaires sont en droit de s'attendre de notre équipe qu'elle...
- En tant que professionnel-elle de cette équipe, je suis satisfait-e lorsque...
- En tant que professionnel-elle de cette équipe, je suis insatisfait-e lorsque...

Y a-t-il, selon vous, d'autres valeurs qui peuvent influencer, d'une façon ou d'une autre :

- les façons d'intervenir de votre équipe?
- l'évolution de votre modèle d'intervention?

## BESOINS DE SANTÉ MENTALE CONSIDÉRÉS

Auprès de quelles personnes, quelles familles ou quels groupes de la population votre équipe intervient-elle?

À combien vous estimez le nombre de ces personnes dans la population que vous desservez?

Quels besoins ces personnes ou groupes ont-ils à satisfaire? (ex. : être mieux informés sur leur maladie...).

Y a-t-il des besoins considérés comme prioritaires par l'équipe? Si oui, lesquels?

## MOYENS UTILISÉS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS CIBLÉS

Pourriez-vous me décrire ce que vous faites dans une journée de travail habituelle?

*Au fur et à mesure que le participant ou la participante nomme ou décrit une activité ou une intervention, posez les questions suivantes en les adaptant selon le contexte.*

- Cette intervention rejoint quels types de clientèle?
- Quels en sont les buts?
- En quoi consiste-t-elle?
- Où a-t-elle lieu?
- Combien de temps dure-t-elle?
- Quelle en est la fréquence?
- Quels sont les intervenants de l'équipe impliqués?
- D'autres personnes sont-elles impliquées? Si oui, quelles sont ces personnes?
- Un intervenant principal est-il assigné pour certains aspects de ces interventions ou activités? Si oui, quel intervenant est-il assigné? Et pour quels aspects particuliers cet intervenant est-il principalement assigné?
- Quels critères mettent fin à l'intervention?

Quelles interventions ou activités faites-vous de façon plus ponctuelle? (*mêmes sous-questions*)

Dans quelles situations réferez-vous des usagers ou des usagères à d'autres services de santé ou à des ressources communautaires?

### **Annexe 3**

#### **Formulaire de consentement (membres de l'équipe)**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**  
**MODÈLE D'INTERVENTION D'UNE ÉQUIPE DE BASE**  
**EN SANTÉ MENTALE EN CLSC : UNE ÉTUDE DE CAS**

J'ai été informé(e) par Claire Page, professeure à l'Université du Québec à Rimouski, de l'étude qu'elle poursuit dans le cadre d'un doctorat en sciences biomédicales à l'Université de Montréal. Le but de cette étude est d'expérimenter une approche novatrice visant à soutenir les efforts fournis par une équipe de base en santé mentale d'un CLSC, en vue de consolider son modèle d'intervention. Cette démarche devrait contribuer à l'avancement des connaissances sur les services de base en santé mentale offerts par les CLSC.

Je sais que ma participation à cette étude, en tant que ***membre de l'équipe de base en santé mentale d'un CLSC***, consiste, au cours des deux prochaines années, à :

- participer à des entrevues individuelles (3 ou 4 entrevues) et à des discussions de groupe réunissant les membres de l'équipe (2 à 3 rencontres) ; les entrevues et les discussions de groupe seront enregistrées sur magnétophone;
- valider les transcriptions des entrevues et des discussions de groupe;
- remplir un journal de bord (registre des activités réalisées, des périodes de temps allouées à l'étude, réflexions...);
- participer aux activités planifiées par l'équipe durant le déroulement de l'étude (ateliers, séminaires, lectures, discussions, formations...).

Par ailleurs, je comprends que le devis de cette recherche contient une part d'imprévisibilité, puisque nombre de décisions seront prises par les membres de mon équipe, en collaboration avec la chercheuse, selon les besoins soulevés en cours de route. Par exemple, il se pourrait que ma participation soit sollicitée pour coopérer à la collecte de données spécifiques qui pourraient éventuellement être souhaitées par les membres de mon équipe dans le but d'enrichir la démarche qu'elle accomplit (âge des usagers, les raisons de leur demande d'aide ou autres...).

Les entrevues individuelles et les discussions de groupe seront organisées en tenant compte de mon horaire. Chaque entrevue devrait durer environ deux heures, alors qu'une discussion de groupe demandera une demi-journée complète. Les entrevues et les discussions de groupe porteront sur le modèle d'intervention de l'équipe, soit plus précisément sur le rôle de l'équipe, les valeurs à la base de son modèle d'intervention, l'accessibilité aux services qu'elle offre, les interventions et les activités qu'elle privilégie. Je serai invité à donner mon point de vue sur ce qui m'apparaît satisfaisant ou moins satisfaisant, ainsi que sur les améliorations qui pourraient selon moi être apportées au modèle d'intervention existant. De plus, une entrevue servira à connaître mon opinion sur la valeur de la démarche utilisée auprès de mon équipe dans cette étude.

Je comprends que toute information obtenue dans le cadre de cette recherche restera anonyme. Mon nom ne sera donc jamais mentionné sur les transcriptions des entrevues ou des discussions de groupe. Les informations qui permettraient de m'identifier demeureront confidentielles. Dans ce contexte, j'accepte que mes idées et mes opinions soient divulguées pour fin de communication au cours des discussions de groupe, de même que pour des fins de communications scientifiques et professionnelles.

Je reconnais que ma participation à cette étude est tout à fait volontaire et que je suis libre d'y participer. Je reconnais également être libre de me retirer en tout temps et ce, sans préjudice d'aucune sorte.

Dans ce contexte, je consens à participer à cette recherche.

Participant (e) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Chercheure : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

#### **Annexe 4**

**Exemple de lettre invitant les répondants à valider le contenu des  
synthèses des entrevues auxquelles ils ont participé**

(Date)

Madame, Monsieur (*nom*)  
CLSC – CHSLD

Bonjour,

Voici, tel que prévu, la synthèse de l'entrevue que je vous envoie afin que vous puissiez en valider le contenu. N'hésitez à apporter les corrections ou les ajouts qui permettraient de refléter plus fidèlement vos points de vue.

Pour me transmettre la copie validée ou vos commentaires, ou tout simplement votre confirmation que la synthèse est conforme, je vous suggère d'utiliser l'un des moyens suivants:

- Remettre le document modifié à la réception du CLSC et je le récupérerai sur place
- Me faire parvenir le document par la poste :  
Claire Page  
(*coordonnées*)
- Me faire parvenir vos commentaires par téléphone : (*numéro*)
- Ou par courrier électronique : (*adresse*)
- Ou par télécopieur : (*numéro*)

À votre guise.

Je vous remercie bien sincèrement pour votre implication précieuse dans cette étude.

Claire Page  
Étudiante au Doctorat en sciences biomédicales (psychiatrie sociale)  
Université de Montréal



## **Annexe 5**

### **Lettre de convocation des membres de l'équipe à l'entrevue de groupe (étape 1)**

Le 23 mai 2001

À tous les membres de l'équipe de base en  
santé mentale du CLSC

J'aimerais d'abord souligner la grande générosité avec laquelle vous avez participé aux premières entrevues réalisées dans le cadre de cette recherche sur votre modèle d'intervention. La mise en commun du riche matériel que vous m'avez livré a permis de mettre des mots sur ce qui fait actuellement votre quotidien. C'est avec plaisir que je vous transmettrai bientôt ce portrait que j'ai tenté de rendre le plus fidèlement possible.

Je vous invite à une rencontre de groupe qui aura lieu le 13 juin en après-midi (les indications précises sur l'heure et le lieu suivront). Cette rencontre vise à présenter :

- les aspects sur lesquels il y a consensus;
- les aspects considérés comme étant satisfaisants;
- les aspects ou points de vue divergents;
- les aspects considérés comme étant insatisfaisants;
- les perspectives d'amélioration;

J'en profiterai également pour recueillir vos réactions, vos commentaires sur ces données.

Compte tenu des aspects divergents, des aspects insatisfaisants et des améliorations souhaitées par l'équipe, je vous inviterai à répondre aux questions suivantes :

- D'autres points de vue sur votre modèle d'intervention (clients ou clientes, médecins, responsables d'organismes communautaires...) seraient-ils utiles? Si oui, lesquels?
- Des informations nouvelles pourraient-elles faciliter la consolidation du modèle d'interventions actuel? Si oui, lesquelles?
- Des données spécifiques sur un aspect, comme par exemple des données statistiques éclairant une situation quelconque, seraient-elles utiles? Si oui, lesquelles?
- Certaines démarches auprès d'autres partenaires, pourraient-elles faciliter la consolidation du modèle d'intervention? Si oui, lesquelles?
- Certaines activités formatives (séminaires, conférences, points de vue d'experts, formations sur des pratiques dont la valeur est reconnue ...) pourraient-elles faciliter la consolidation du modèle d'intervention actuel? Si oui, lesquelles?
- La chercheuse pourrait-elle contribuer davantage à soutenir la consolidation du modèle d'intervention actuel? Si oui comment?

C'était donc un avant-goût de notre groupe de discussion prochain. J'espère que le programme proposé suscite en vous autant d'enthousiasme qu'il en soulève en moi. D'ici là, je vous transmets mes salutations.

---

Claire Page  
Candidate au doctorat, Université de Montréal

## **Annexe 6**

### **Guide d'entrevue réalisée auprès des partenaires (étape 2)**

## **GUIDE D'ENTREVUE**

### **Partenaires (étape 2)**

Selon vous, quel est le rôle de l'équipe de base en santé mentale au CLSC?

Comment les services offerts par cette équipe complète-t-ils les services ou l'aide que vous offrez?

Comment cette équipe pourrait-elle améliorer leur modèle d'intervention afin de répondre le mieux possible à l'ensemble des besoins de la population?

En quoi consiste le partenariat entre vous (ou votre équipe) et l'équipe de base?

Ce partenariat pourrait-il être amélioré? Si oui, comment?

**Annexe 7**

**Formulaire de consentement (partenaires)**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**  
**MODÈLE D'INTERVENTION D'UNE ÉQUIPE DE BASE**  
**EN SANTÉ MENTALE EN CLSC : UNE ÉTUDE DE CAS**

J'ai été informé(e) par Claire Page, professeure à l'Université du Québec à Rimouski, de l'étude qu'elle poursuit dans le cadre d'un doctorat en sciences biomédicales à l'Université de Montréal. Le but de cette étude est d'expérimenter une approche novatrice visant à soutenir les efforts fournis par une équipe de base en santé mentale d'un CLSC, en vue de consolider son modèle d'intervention. Cette démarche devrait contribuer à l'avancement des connaissances sur les services de base en santé mentale offerts par les CLSC.

Je sais que ma participation à cette étude, en tant que ***partenaire de l'équipe de base en santé mentale d'un CLSC ou comme informateur clé***, consiste à participer à une entrevue individuelle ou accompagné(e) par des collègues de mon service ou organisme. Cette entrevue devrait prendre environ deux heures de mon temps. Les questions qui me seront posées durant cette entrevue porteront sur mes perceptions et mes opinions relatives au rôle de l'équipe en santé mentale du CLSC et sur le partenariat qui existe entre cette équipe et notre organisme ou service. L'entrevue sera enregistrée sur magnétophone et transcrite pour fins d'analyse. J'aurai l'occasion de valider la synthèse du contenu de l'entrevue. Le moment de l'entrevue sera déterminé à ma convenance. À ce jour, aucun inconvénient relié à ma participation à cette recherche n'est identifié par la chercheure, si ce n'est le fait d'investir du temps pour une entrevue.

Je comprends que toute information obtenue dans le cadre de cette recherche restera anonyme. Mon nom et celui de l'institution dont je relève ne seront donc pas mentionnés sur la transcription de l'entrevue, ni sur les rapports de l'étude. Les informations qui permettraient de m'identifier demeureront confidentielles. Dans ce contexte, j'accepte que mes idées et mes opinions soient divulguées au cours des discussions de groupe que l'équipe tiendra à propos de son modèle d'intervention, de même que pour des fins de communications scientifiques et professionnelles.

Je reconnais que ma participation à cette étude est tout à fait volontaire et que je suis libre d'y participer. Je reconnais également être libre de me retirer en tout temps et ce, sans préjudice d'aucune sorte. Dans ce contexte, je consens à participer à cette recherche.

Participant (e) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Chercheure : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

#### **Annexe 8**

**Lettre de convocation des membres de l'équipe à l'entrevue de groupe (étape 2)**



Le 3 mars 2003

Monsieur (*François...*)  
 Madame (*Anne...*)  
 Madame (*Sonia...*)  
 Madame (*Patricia...*)  
 Madame (*Fannie...*)  
 Monsieur (*Simon...*)  
 Monsieur (*Hugo...*)  
 Madame (*Annie...*)  
 Madame (*Stéphanie...*)

DE : Claire Page

OBJET : Modèle d'intervention d'une équipe de base en santé mentale en CLSC : étude de cas.

---

Mesdames, Messieurs,

En préparation de la rencontre du 10 mars (14h30 à 16h30), je vous invite à lire les documents ci-joint : *Perceptions des informateurs clé* et *Constats*. La rencontre servira à présenter les grandes lignes des données recueillies, à partir desquelles un certain nombre de questions peuvent être lancées. Je prévois enregistrer cette rencontre dans le but de me libérer de la prise de notes de vos réactions ou commentaires. La confidentialité des idées exprimées sera respectée.

Dans une rencontre ultérieure, je vous présenterai différents points de vue et perspectives, provenant d'écrits et des plus récents travaux de recherche, susceptibles d'alimenter vos réflexions sur la consolidation du modèle d'intervention de votre équipe. Cette rencontre servira également à présenter les résultats obtenus auprès de votre clientèle par le biais des échelles *d'Identification des symptômes et des comportements* et de *Satisfaction des services*.

D'ici notre rencontre, je vous transmets l'expression de mes sentiments les meilleurs.

---

Claire Page  
 UQAR  
 Téléphone : (*numéro*)  
 Courriel : (*adresse*)

## **Annexe 9**

### **Lettre de convocation des membres de l'équipe à l'entrevue de groupe (étape 3)**

Le 6 juin 2003

Monsieur (*François...*)  
Madame (*Anne...*)  
Madame (*Sonia...*)  
Madame (*Patricia...*)  
Madame (*Fannie...*)  
Monsieur (*Hugo...*)

Madame (*Mylène...*)  
Madame (*Diane...*)  
Monsieur (*Marc...*)  
Madame (*Stéphanie...*)  
Monsieur (*Simon...*)  
Madame (*Annie...*)

OBJET : Modèle d'intervention d'une équipe de base en santé mentale en CLSC : étude de cas.

---

Mesdames, Messieurs,

Les documents que vous avez reçus à ce jour sont les suivants :

1. *Conception de l'équipe* (juin 2001)
2. *Implantation, aspects satisfaisants, moins satisfaisants et améliorations souhaitées* (juin 2001)
3. *Perceptions des informateurs clés* (février 2003)
4. *Constats* (février 2003)

Perspectives constitue le cinquième document. Il présente de nombreuses données tirées de différents écrits. Celles-ci pourront peut-être alimenter vos réflexions.

Lors de notre prochaine rencontre, mercredi le 11 juin à 13h30, nous aborderons ensemble les grandes lignes du document proposé. Encore une fois, cette rencontre sera enregistrée.

Je vous invite fortement à prendre connaissance de ce texte tout en inscrivant soigneusement toute idée, question ou commentaire que vous pourriez avoir.

Cette rencontre sera suivie dans les prochaines semaines d'entrevues individuelles selon vos disponibilités.

Au plaisir,

---

Claire Page  
UQAR  
Téléphone : (*numéro*)  
Courriel : (*adresse*)

## **Annexe 10**

**Extrait du document *Synthèse des données récoltées sur le modèle d'intervention de base en santé mentale (septembre, 2003)***

## BESOINS AUXQUELS L'ÉQUIPE RÉPOND

Membres de l'équipe au départ		Informateurs clés		Perspectives
Perceptions	Perceptions	Améliorations souhaitées		
<p>Les besoins sont variés et nombreux, souvent présents dans toutes les sphères de la vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestion des symptômes liés au trouble mental</li> <li>Besoins de base</li> <li>Développement des habiletés cognitives et sociales</li> <li>Espoir</li> <li>Réseau de soutien</li> <li>Contrôle sur sa vie</li> <li>Rôle social significatif</li> <li>Santé physique</li> <li>Gestion des situations de crise</li> <li>Loisirs</li> </ul>	<p>Réadaptation et réinsertion sociale : trouver un sens à sa vie par le biais d'études ou d'un emploi.</p> <p>Traitement des troubles mentaux (avis partagés).</p>	<p>Certains craignent qu'en raison d'un courant psychosocial très fort, une importance insuffisante soit attribuée aux besoins en lien avec le traitement de la maladie dans la communauté. De façon cohérente avec une approche bio-psycho-sociale, certains proposent de revoir l'importance attribuée aux besoins liés au traitement des troubles mentaux dans la communauté.</p> <p>Il est proposé d'attribuer plus d'importance aux besoins en rapport avec le maintien d'une bonne santé sur le plan physique.</p> <p>Il est aussi proposé d'intensifier l'importance attribuée aux besoins liés à la réinsertion sociale (études, emploi).</p>		<p>Deux niveaux complémentaires se recoupent constamment et deviennent prioritaires selon les différents moments : le champ du <i>soin</i> et celui de la <i>réadaptation psychosociale</i>.</p> <p>Les écrits font état d'un piètre état de santé physique chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves (effets de la pathologie, des traitements, d'un style de vie défavorable, d'une difficulté à rapporter des symptômes et à solliciter des soins).</p>

?	La description de vos perceptions relatives aux besoins (clientèles ciblées, clientèles non ciblées, accessibilité aux services, besoins auxquels l'équipe répond) vous apparaît-elle toujours actuelle ? Si non, quels changements apporteriez-vous ?
---	--

**ET AINSI DE SUITE....**

## **Annexe 11**

**Lettre de convocation des membres de l'équipe au deuxième  
cycle d'entrevues individuelles (étape 4)**

Le 22 septembre 2003

À tous les membres de l'équipe de santé mentale au CLSC

Madame (Mylène...)  
Madame (Anne...)  
Madame (Véronique...)  
Monsieur (François...)  
Madame (Patricia...)  
Madame (Annie...)

Monsieur (Carl...)  
Madame (Fannie...)  
Monsieur (Simon...)  
Madame (Sonia...)  
Madame (Stéphanie...)  
Madame (Cathie...)

Bonjour,

Il me fait plaisir de vous remettre la synthèse des données récoltées jusqu'à maintenant dans le cadre de la recherche en cours sur le *Modèle d'intervention* de votre équipe. Cette synthèse constitue un aide-mémoire. Elle ne pourrait remplacer une lecture approfondie des documents déjà remis, lesquels contiennent les données beaucoup plus détaillées.

Ainsi, avant de procéder à la deuxième entrevue individuelle, je vous invite à prendre connaissance, si ce n'est déjà fait, des documents issus de cette recherche :

1. Conception de l'équipe (juin 2001)
2. Implantation, aspects satisfaisants, moins satisfaisants et améliorations souhaitées (juin 2001)
3. Perceptions des informateurs clés (février 2003)
4. Constats (février 2003)
5. Perspectives (juin 2003)
6. Synthèse des données récoltées sur le modèle d'intervention de base en santé mentale (septembre 2003)

Les questions qui vous seront posées en entrevue vous sont présentées dans le sixième document (*Synthèse...*). Nous vous invitons à réfléchir sur ces questions. Nous aborderons également d'autres points de vue émergents au fur et à mesure des entrevues. Tous les points de vue sont extrêmement importants pour arriver à des constructions les plus raffinées possibles et à mieux circonscrire les points devant faire l'objet d'une recherche de consensus. Cette deuxième entrevue apparaît déterminante par rapport aux résultats que cette étude permettra d'atteindre.

D'ici notre rencontre, je vous souhaite un bon travail de réflexion. N'hésitez pas à me contacter pour toute information ou assistance de ma part qui pourrait vous être utile.

Au plaisir de cette prochaine rencontre,

---

Claire Page, UQAR

**Annexe 12**

**Lettre de convocation des membres de l'équipe à  
l'entrevue de groupe (étape 5)**



25 mai 2004

Madame (*Mylène...*)  
 Madame (*Anne...*)  
 Madame (*Véronique...*)  
 Monsieur (*François...*)  
 Madame (*Diane...*)

Monsieur (*Carl...*)  
 Madame (*Fannie...*)  
 Monsieur (*Simon...*)  
 Madame (*Sonia...*)  
 Madame (*Stéphanie...*)

OBJET :       Modèle d'intervention d'une équipe de base en santé mentale en CLSC :  
                   une étude de cas

---

Chères collègues  
 Chers collègues

Il me fait plaisir de vous présenter le modèle d'intervention qui émerge essentiellement des points de vue que vous m'avez exprimés. Il s'agit de la dernière étape du processus dialectique engagé dans cette étude. Le modèle comprend cinq grandes sections :

1) Définition, 2) Valeurs, 3) Besoins, 4) Interventions et 5) Interdisciplinarité. Nous avons distingué les éléments du modèle selon le consensus dont ils semblent faire l'objet, soit un « *consensus fort* » ou un « *consensus à consolider* ». Le but est d'atteindre le plus grand nombre de consensus possible.

Afin d'optimiser autant que possible la prochaine rencontre de négociation, nous vous proposons de vous y préparer en utilisant le guide ci-joint. Durant cette rencontre, nous tenterons de :

- 1) Valider les dimensions sur lesquelles un consensus semble être atteint;
- 2) Établir les consensus pouvant facilement être atteints;
- 3) Identifier les points pour lesquels, après réflexion et discussion, un consensus pourrait probablement être atteint lors de la deuxième réunion de négociation prévue;
- 4) Identifier les points pour lesquels il apparaît impossible d'arriver à un consensus à ce stade de développement du modèle d'intervention de l'équipe.

Au plaisir de cette prochaine rencontre,

---

Claire Page  
 Étudiante au Doctorat en sciences biomédicales (psychiatrie sociale)  
 Université de Montréal

### **Annexe 13**

**Extrait du document *Modélisation de l'intervention d'une équipe de base en santé mentale en CLSC et éléments à considérer dans la recherche d'un consensus (2004)***

## DÉFINITION DU MODÈLE

Le modèle se définit comme un ensemble d'interventions variées et globales visant à répondre, dans la communauté, aux besoins temporaires de personnes atteintes d'un trouble mental grave présentant un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales, ainsi que d'interventions plus spécifiques visant le traitement des personnes atteintes d'un trouble mental transitoire. La responsabilisation de la personne et l'utilisation optimale de l'ensemble des ressources disponibles constituent des principes de base de l'intervention.

### ***Précision***

*Le modèle d'intervention est l'énoncé de la représentation, de l'image mentale que se font les membres de leur réalité quotidienne mais n'est pas la réalité elle-même. Il décrit ce que l'on pourrait ou devrait faire. Ainsi, certains éléments du modèle énoncé peuvent être moins bien implantés que d'autres.*

*Sur le plan théorique, le modèle émergeant des données recueillies, rejoint en grande partie les grands principes des modèles reconnus dans les écrits. Il se distingue des modèles de suivi intensif dans lequel le suivi est assuré par l'équipe plutôt que par un seul intervenant et qui rejoint un autre type de clientèle. Il recoupe les modèles de gestion de cas cliniques : plan de réadaptation global tenant compte des capacités, détermination des services utilisés à partir des besoins et des objectifs, entraînement aux habiletés sociales, amélioration des AVQ, relation de qualité avec la personne, accent sur l'autodétermination, renforcement des systèmes d'aide naturels, etc.*

## ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER DANS LA RECHERCHE D'UN CONSENSUS

« Ensemble d'interventions globales et variées pour les personnes atteintes d'un trouble grave »

« Dans la communauté »

### Consensus fort

- Les membres de l'équipe ont recours à des interventions variées, empruntées à différentes écoles de pensées ou provenant de leur expérience, qu'ils adaptent continuellement aux situations.
- Ceci est cohérent avec les approches privilégiées dans le *Cadre régional* : une approche globale, une approche intégrative.

### Consensus fort

- Les membres de l'équipe et des informateurs clés considèrent que l'évaluation et l'intervention dans le milieu de vie doivent être privilégiées pour les personnes atteintes d'un trouble grave.
- La recherche de solutions dans le milieu de vie est l'un des principes directeurs posés dans le *Modèle*.
- Le *Cadre régional* privilégie une approche communautaire.

« Personnes atteintes d'un trouble mental grave »

<u>Consensus fort</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'ensemble des répondants, le <i>Modèle-CLSC</i> et le <i>Cadre régional</i> cible les personnes atteintes d'un trouble mental grave comme clientèle ciblée par l'équipe (à l'exception de la clientèle vue en psychologie).</li><li>• Le <i>Cadre régional</i> retient comme principe l'attention et la proaction par rapport aux clientèles les plus vulnérables, ainsi que la priorisation des services pour les clientèles à risque, en particulier les parents qui ont des enfants et dont le réseau social est faible.</li></ul>
-----------------------	--

« Besoins temporaires »

<u>Consensus à consolider</u>	
D'une part :	<ul style="list-style-type: none"><li>• La notion de l'intensité du suivi que nécessite la personne (semi-intensif, non intensif, intensif, intensité variable) permet surtout de distinguer le profil de la clientèle visée par l'équipe de celle visée par l'équipe <i>SIM</i>.</li><li>• L'équipe fait ce qui n'est pas intensif, soit du semi-intensif, du non intensif et/ou de l'intensité variable.</li></ul>
D'autre part :	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les membres de l'équipe accordent un intérêt mitigé, cliniquement parlant, pour les niveaux d'intensité du suivi. Ils adaptent l'intensité du suivi selon les besoins de la personne et le temps dont ils disposent. La notion d'intensité du suivi apparaît théorique ou administrative, et serait surtout utile au comité d'accès.</li><li>• Il semble plus satisfaisant pour le clinicien de concevoir la clientèle visée selon ce qui la caractérise (difficultés, potentiel, etc.), plutôt qu'en fonction de l'intensité du suivi requis.</li></ul>
En conséquence :	<p>Le terme « besoins temporaires » permet-il de dégager cet aspect distinct par rapport à la clientèle visée par le <i>SIM</i>, laquelle présente des besoins sur de longues périodes ?</p>

« Un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales »

<u>Consensus à consolider</u>	
D'une part :	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les principales caractéristiques de la clientèle visée sont la présence d'un trouble mental grave combiné à des difficultés dans les AVQ, les AVD et les habiletés sociales. C'est ce qui ressort des données récoltées auprès des membres ainsi que dans le <i>Modèle-CLSC</i> et le <i>Cadre régional</i>.</li></ul>
D'autre part :	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des informateurs clés considèrent que la continuité du traitement de la maladie dans la communauté pourrait être améliorée.</li><li>• L'ajout du terme « psychiatrie » pour désigner l'équipe dans le <i>Modèle-CLSC</i> semble aller dans le même sens. Dans ce modèle, l'équipe de base est identifiée comme équipe dite de « traitement ».</li><li>• Ces éléments rejoignent la définition de besoin : « <i>Un besoin existe si : 1) une maladie mentale présente</i></li></ul>

<p>un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales... » (Kovess et al., 2001).</p> <p>En conséquence :          Quel concept apparaît-il le plus approprié ? Problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales ? Difficultés dans les AVQ, les AVD et les habiletés sociales ?</p>	<p><u>Consensus à consolider</u></p> <p>D'une part :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le concept même « <i>trouble transitoire</i> » soulève des questions : « les troubles dits transitoires sont en réalité rarement transitoires », ce qui est soulevé par des membres de l'équipe.</li> <li>• Les membres de l'équipe tendent à situer les services de psychothérapie pour cette clientèle en marge des services offerts par l'équipe.</li> <li>• Des membres de l'équipe et des informateurs clés considèrent que, faute de ressources, il est peu réaliste de penser à intensifier l'intervention auprès de cette clientèle.</li> <li>• Un des principaux critères d'accès à l'équipe (mis à part le psychologue) est le niveau de désorganisation dans la vie quotidienne liée à un trouble mental, lequel est traduit par une cote. Les personnes présentant un trouble dépressif ou un trouble d'anxiété pourraient difficilement obtenir le score qui leur permettrait un accès à l'équipe dans un délai raisonnable.</li> <li>• Des membres de l'équipe et des informateurs clés sont d'avis que la priorité doit être accordée aux personnes souffrant de troubles graves, étant donné la nature de leurs difficultés d'une part et l'importance d'une intervention précoce pour l'obtention de meilleurs résultats d'autre part.</li> <li>• Des membres de l'équipe considèrent que l'intervention auprès des personnes souffrant de dépression ou d'un trouble anxieux relève de la compétence d'un psychologue, sauf dans le cas où la dépression tend à se chroniciser et qu'elle entraîne une désorganisation ou un risque suicidaire.</li> </ul> <p>D'autre part :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des membres de l'équipe soutiennent que les personnes souffrant de troubles de l'humeur et de troubles d'anxiété font partie de la clientèle desservie par l'équipe de base.</li> <li>• Des membres de l'équipe et des informateurs clés considèrent que l'équipe pourrait contribuer à augmenter l'accès à des approches reconnues pour leur efficacité dans le traitement de la dépression et de l'anxiété.</li> <li>• Des informateurs clés expriment des attentes par rapport à l'intensification des interventions disponibles au CLSC auprès des personnes souffrant d'anxiété et de dépression.</li> <li>• Rappelons une mise en garde soulevée dans les écrits : « <i>Si les services de santé mentale choisissent d'intervenir presque exclusivement auprès des personnes atteintes de trouble graves, des ressources additionnelles apparaissent nécessaires pour répondre aux besoins d'autres groupes de personnes</i> » (Perspectives, p. 34).</li> </ul> <p>En conséquence :</p>
---	--

« Personnes atteintes d'un trouble transitoire »

L'intervention auprès des personnes atteintes de troubles transitoires, y compris les *Services de psychologie*, pourraient ou devrait-elle être intégrée dans le modèle en tant que « service de première ligne » ?

« Responsabilisation de la personne »

- Consensus fort
- Le principe de responsabilisation de la personne, qui aurait pu aussi être désigné par le concept « *appropriation du pouvoir par la personne* » ou « *autonomisation* » (terme proposé par l'Office de la langue française (2003) pour le mot empowerment) ressort comme un fondement du modèle d'intervention, comme l'expriment les membres de l'équipe et des informateurs clés.
  - L'appropriation du pouvoir et la primauté de la personne tiennent lieu de principe directeur mis de l'avant dans le *Cadre régional*, principe repris dans le *Modèle-CLSC*.
  - Une approche responsabilisante est privilégiée par le *Cadre régional*.

« Utilisation optimale des ressources »

- Consensus fort
- L'utilisation optimale des ressources ressort des propos émis par l'équipe et d'informateurs clés comme une intention formelle.
  - L'enthousiasme démontré par la plupart des membres de l'équipe pour l'approche systémique traduit cette intention.
  - Ceci rejoint le principe directeur « *intervention orientée famille et réseau* » mis de l'avant dans le *Cadre régional*, repris par le *Modèle-CLSC*.

**Et ainsi de suite...**

#### **Annexe 14**

**Extrait du *Guide de préparation pour la première réunion  
de recherche de « consensus » (2004)***

## Guide de préparation pour la première réunion de recherche de « Consensus »

Tout au long de cette étude, les membres de l'équipe ont manifesté un intérêt certain et soutenu pour se doter d'un modèle énoncé de façon suffisamment précise et explicite pour guider leurs interventions. Ils souhaitent convenir d'une zone commune d'intervention et de zones plus spécifiques découlant des différentes disciplines, ce qui faciliterait le travail d'équipe et favoriserait une plus grande cohérence dans les interventions. De façon convergente, les informateurs clés ont également exprimé différents points de vue relatifs à la pertinence de préciser le rôle des équipes de CLSC en lien avec la santé mentale. L'uniformisation des modèles d'intervention faciliterait la consolidation des partenariats dit-on.

Nous présentons ici le modèle émergeant des différents points de vue des membres de l'équipe. Nous abordons ainsi la dernière étape du processus dialectique engagé dans cette étude. Le but est d'atteindre le plus grand nombre de consensus possible sur les divers éléments. Pour faciliter ce processus, nous présentons l'énoncé du modèle dans la partie « *Modélisation de l'intervention d'une équipe de base en santé mentale en CLSC* ». En parallèle, sont présentés les « *Éléments à considérer dans la recherche d'un consensus* », soit les idées convergentes et les idées divergentes. Ces éléments proviennent principalement des perceptions émises par les membres de l'équipe et par les informateurs clés. Les idées principales qui ressortent des écrits sont considérées (voir document « *Perspectives* »). Sont également prises en compte les recommandations formulées dans « *Le modèle d'intervention et la vision vers laquelle il tend (2004)* », élaboré par un comité avisier (*Comité avisier de réorganisation des services psychosociaux*) réunissant des représentants des différentes équipes du CLSC. Ce cadre récent présente le modèle d'intervention des équipes constituant le continuum des services en santé mentale adulte du CLSC. Dans le texte suivant, nous désignerons ce modèle par l'appellation « *Modèle-CLSC* ». Ce cadre prend ses assises dans le *Cadre de référence des services offerts par le programme de santé mentale adulte dans les CLSC (2002)*, lequel a été développé pour la région tout en s'appuyant sur les orientations ministérielles. Nous référons à ce cadre en le désignant « *Cadre régional* ». Afin d'optimiser autant que possible les rencontres de négociations, nous vous proposons de vous y préparer en utilisant le guide ci-joint.



## Guide de préparation pour la première réunion de recherche de « Consensus »

Afin de rendre la prochaine rencontre plus efficace, je vous propose d'utiliser ce guide afin de :

- 1) Valider les dimensions sur lesquelles un consensus semble être atteint.
- 2) Établir les consensus pouvant facilement être atteints.
- 3) Identifier les points pour lesquels, après réflexion et discussion, un consensus pourrait probablement être atteint lors de la deuxième réunion de négociation prévue.
- 4) Identifier les points pour lesquels il apparaît impossible d'arriver à un consensus à ce stade de développement du modèle d'intervention de l'équipe.

## Définition du modèle

### Consensus forts :

- « Ensemble d'interventions globales et variées pour les personnes atteintes de trouble grave » (...4)
- « Dans la communauté » (...5)
- « Personnes atteintes d'un trouble mental grave » (...5)
- « Responsabilisation de la personne » (...7)
- « Utilisation optimale des ressources » (...7)

Suis-je d'accord avec ces consensus? Si non, mon point de vue est le suivant :

---

---

---

Consensus à consolider :

- « Besoins temporaires » (...5)

Consensus pouvant être facilement établi. Mon point de vue est le suivant :	Consensus pouvant être établi à la prochaine rencontre. Mon point de vue est le suivant :	Consensus impossible à atteindre à cette étape-ci. Pour continuer à aller de l'avant, je propose ceci :
--	---	---

- « Un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales » (...6)

Consensus pouvant être facilement établi. Mon point de vue est le suivant :	Consensus pouvant être établi à la prochaine rencontre. Mon point de vue est le suivant :	Consensus impossible à atteindre à cette étape-ci. Pour continuer à aller de l'avant, je propose ceci :
--	---	---

- « Personnes atteintes d'un trouble transitoire (...6)

Consensus pouvant être facilement établi. Mon point de vue est le suivant :	Consensus pouvant être établi à la prochaine rencontre. Mon point de vue est le suivant :	Consensus impossible à atteindre à cette étape-ci. Pour continuer à aller de l'avant, je propose ceci :
--	---	---

**ET AINSI DE SUITE....**

# **DÉFINITION DU MODÈLE D'INTERVENTION** **SYNTHÈSE DE LA RENCONTRE D'ÉQUIPE POUR LA RECHERCHE DE CONSENSUS NO 1**

## **SYNTHÈSE** **PREMIÈRE RÉUNION DE RECHERCHE DE CONSENSUS (réalisée en deux groupes pour permettre à tous les membres de participer)** **DEUXIÈME RÉUNION DE RECHERCHE DE CONSENSUS (réalisée en deux groupes pour permettre à tous les membres de participer)**

*N.B. Les ajouts provenant du deuxième groupe apparaissent en italique.*

## **DÉFINITION DU MODÈLE**

MODÉLISATION	DISCUSSION	DÉCISIONS
<p>Le modèle se définit comme un ensemble d'interventions variées et globales visant à répondre, dans la communauté, aux besoins temporaires de personnes atteintes d'un trouble mental grave présentant un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales, ainsi que d'interventions plus spécifiques visant le traitement des personnes atteintes d'un trouble mental transitoire. La responsabilisation de la personne et l'utilisation optimale de l'ensemble des ressources disponibles constituent des principes de base de l'intervention.</p>	<p>Voir la discussion pour chacun des thèmes pris séparément</p>	<p>Le modèle se définit comme un ensemble d'interventions variées et globales visant à répondre, dans la communauté, aux besoins des personnes présentant un problème significatif dans les sphères clinique ou sociale en lien avec un trouble mental grave, ainsi que d'interventions visant le traitement des personnes atteintes d'un trouble mental transitoire. La responsabilisation et l'autonomisation de la personne, ainsi que l'utilisation optimale de l'ensemble des ressources disponibles constituent des principes de base de l'intervention.</p>

« Besoins temporaires »	<p><u>Consensus à consolider</u></p> <p>Il ne s'agit pas de besoins « temporaires ». Besoins temporaires et troubles graves et persistants, c'est contradictoire. La majeure partie de la clientèle a des besoins continus, mais non réguliers. L'équipe demeure un point de repère pour le client, là où il peut obtenir de l'aide lorsqu'il en ressent le besoin. C'est une sécurité. La plupart des clients reviennent. Pouvons-nous parler à la fois de suivi continu et de besoins temporaires ?</p>	<p><u>Consensus établi</u></p> <p>Le qualificatif « temporaire » est enlevé.</p>
-------------------------	---	--

Par contre, peut-on avoir un problème de santé persistant ou permanent sans avoir besoin, de façon continue, de soins de santé dispensés par des professionnels ? Par exemple, la présence d'un trouble mental même grave et persistant ne suffit pas pour obtenir des services de l'équipe. La personne doit également présenter des problèmes dans les sphères cliniques et/ou sociales.

L'équipe répond aux besoins en général de cette clientèle. Il est précisé plus tard qu'une grande complexité ou un besoin de suivi intensif justifie la collaboration ou un transfert à des services de 2<sup>ème</sup> ou de 3<sup>ème</sup> ligne. Ainsi, il est peut-être superflu de préciser « temporaire ».

*Au fond, l'idée de qualifier les besoins de « temporaires » provient de l'intention de départager les clientèles du SIM et de l'équipe. Théoriquement, il semblerait que, comparativement à la clientèle SIM, la clientèle de l'équipe présente un potentiel de réadaptation supérieur et que celle-ci soit plus souvent « de passage ». Par contre, en réalité, la clientèle SIM présente des besoins qui ne sont pas nécessairement constants non plus. Les besoins de certains clients de l'équipe peuvent même être plus constants que ceux de certains clients du SIM. La durée du suivi n'est pas une caractéristique qui distingue les clientèles.*

*Les différences sont plutôt un meilleur fonctionnement dans le quotidien, une plus grande stabilité, des besoins d'encadrement, ou d'assistance moins importants, un plus haut niveau d'autonomie.*

*Au fond, les équipes tendent à poursuivre le suivi des clients qui leur ont été assignés. Par exemple, le client du SIM qui est stable durant un certain temps ne serait pas nécessairement transféré à l'équipe pour différentes raisons (liste d'attente, liens établis...). L'inverse est aussi vrai. Un client de l'équipe qui entre dans une période d'instabilité ne serait pas transféré à moins que cette période se prolonge. Ainsi, les deux clientèles finissent par se ressembler. De plus, malgré l'intention de départ d'instaurer des modèles prometteurs de SIM, il semble les façons d'intervenir n'apparaît pas non plus vraiment différente d'une équipe à l'autre.*

*Le partage des clientèles a toujours été problématique. Cet aspect constitue encore un problème dans la définition du modèle. Il s'agit d'une fragmentation des services qui complique inutilement l'offre de services. Ainsi, compte tenu de cette confusion qui perdure, des dédoublements possibles de services, l'illusion d'offrir deux services distincts alors qu'il s'agit en fait du même service, la pertinence d'avoir ces deux équipes, santé mentale et SIM est remise en question. Certains programmes ou interventions pourraient être spécifiques en fonction de différentes problématiques sans pour cela fragmenter les équipes de santé mentale.*

« Un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales »

<u>Consensus à consolider</u>	<u>Consensus établi (sans discussion)</u>
<p>D'accord.</p> <p>D'accord. Cependant, le problème « significatif » est lié au trouble mental. Ainsi, une personne dont la condition par rapport au trouble mental est stabilisée, mais qui présente des besoins de soins découlant d'un problème de santé physique tel que le diabète par exemple, obtient les services comme tout autre citoyen.</p> <p>Exemple discuté : Personne souffrant d'un trouble anxieux, avec la phobie des centres hospitaliers et qui a besoin de s'y rendre pour ponctions veineuses en vue de contrôler un diabète. Elle n'est pas confinée à la maison. Une demande est faite à l'équipe que pour répondre aux besoins des prélèvements sanguins. Dans cette situation ce service n'apparaît pas du ressort de l'équipe santé mentale.</p>	<p><u>Consensus à consolider</u></p> <p><b>Remplacer :</b></p> <p><b>« aux besoins des personnes atteintes d'un trouble mental grave présentant un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales »</b></p> <p><b>Par</b></p> <p><b>« aux besoins des personnes grave présentant un problème significatif dans les sphères clinique ou sociale lié à un trouble mental grave »</b></p>

ET AINSI DE SUITE...

## **Annexe 15**

**Extrait du document : *Définition du modèle d'intervention : Synthèse de la première entrevue de groupe pour la recherche de consensus (2004)***

# **DÉFINITION DU MODÈLE D'INTERVENTION** **SYNTHÈSE DE LA RENCONTRE D'ÉQUIPE POUR LA RECHERCHE DE CONSENSUS NO 1**

## **SYNTHÈSE** **PREMIÈRE RÉUNION DE RECHERCHE DE CONSENSUS (réalisée en deux groupes pour permettre à tous les membres de participer)** **DEUXIÈME RÉUNION DE RECHERCHE DE CONSENSUS (réalisée en deux groupes pour permettre à tous les membres de participer)**

*N.B. Les ajouts provenant du deuxième groupe apparaissent en italique.*

### **DÉFINITION DU MODÈLE**

MODÉLISATION	DISCUSSION	DÉCISIONS
<p>Le modèle se définit comme un ensemble d'interventions variées et globales visant à répondre, dans la communauté, aux besoins temporaires de personnes atteintes d'un trouble mental grave présentant un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales, ainsi que d'interventions plus spécifiques visant le traitement des personnes atteintes d'un trouble mental transitoire. La responsabilisation de la personne et l'utilisation optimale de l'ensemble des ressources disponibles constituent des principes de base de l'intervention.</p>	<p>Voir la discussion pour chacun des thèmes pris séparément</p>	<p>Le modèle se définit comme un ensemble d'interventions variées et globales visant à répondre, dans la communauté, aux besoins des personnes présentant un problème significatif dans les sphères clinique ou sociale en lien avec un trouble mental grave, ainsi que d'interventions visant le traitement des personnes atteintes d'un trouble mental transitoire. La responsabilisation et l'autonomisation de la personne, ainsi que l'utilisation optimale de l'ensemble des ressources disponibles constituent des principes de base de l'intervention.</p>

« Besoins temporaires »	<p><u>Consensus à consolider</u></p> <p>Il ne s'agit pas de besoins « temporaires ». Besoins temporaires et troubles graves et persistants, c'est contradictoire. La majeure partie de la clientèle a des besoins continus, mais non réguliers. L'équipe demeure un point de repère pour le client, là où il peut obtenir de l'aide lorsqu'il en ressent le besoin. C'est une sécurité. La plupart des clients reviennent. Pouvons-nous parler à la fois de suivi continu et de besoins temporaires ?</p>	<p><u>Consensus établi</u></p> <p>Le qualificatif « temporaire » est enlevé.</p>
-------------------------	---	--

Par contre, peut-on avoir un problème de santé persistant ou permanent sans avoir besoin, de façon continue, de soins de santé dispensés par des professionnels ? Par exemple, la présence d'un trouble mental même grave et persistant ne suffit pas pour obtenir des services de l'équipe. La personne doit également présenter des problèmes dans les sphères cliniques et/ou sociales.

L'équipe répond aux besoins en général de cette clientèle. Il est précisé plus tard qu'une grande complexité ou un besoin de suivi intensif justifie la collaboration ou un transfert à des services de 2<sup>ième</sup> ou de 3<sup>ième</sup> ligne. Ainsi, il est peut-être superflu de préciser « temporaire ».

*Au fond, l'idée de qualifier les besoins de « temporaires » provient de l'intention de départager les clientèles du SIM et de l'équipe. Théoriquement, il semblerait que, comparativement à la clientèle SIM, la clientèle de l'équipe présente un potentiel de réadaptation supérieur et que celle-ci soit plus souvent « de passage ». Par contre, en réalité, la clientèle SIM présente des besoins qui ne sont pas nécessairement constants non plus. Les besoins de certains clients de l'équipe peuvent même être plus constants que ceux de certains clients du SIM. La durée du suivi n'est pas une caractéristique qui distingue les clientèles.*

*Les différences sont plutôt un meilleur fonctionnement dans le quotidien, une plus grande stabilité, des besoins d'encadrement, ou d'assistance moins importants, un plus haut niveau d'autonomie.*

*Au fond, les équipes tendent à poursuivre le suivi des clients qui leur ont été assignés. Par exemple, le client du SIM qui est stable durant un certain temps ne serait pas nécessairement transféré à l'équipe pour différentes raisons (liste d'attente, liens établis...). L'inverse est aussi vrai. Un client de l'équipe qui entre dans une période d'instabilité ne serait pas transféré à moins que cette période se prolonge. Ainsi, les deux clientèles finissent par se ressembler. De plus, malgré l'intention de départ d'instaurer des modèles prometteurs de SIM, il semble les façons d'intervenir n'apparaît pas non plus vraiment différente d'une équipe à l'autre.*

*Le partage des clientèles a toujours été problématique. Cet aspect constitue encore un problème dans la définition du modèle. Il s'agit d'une fragmentation des services qui complique inutilement l'offre de services. Ainsi, compte tenu de cette confusion qui perdure, des dédoublements possibles de services, l'illusion d'offrir deux services distincts alors qu'il s'agit en fait du même service, la pertinence d'avoir ces deux équipes, santé mentale et SIM est remise en question. Certains programmes ou interventions pourraient être spécifiques en fonction de différentes problématiques sans pour cela fragmenter les équipes de santé mentale.*



« Un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales »

<u>Consensus à consolider</u>	<u>Consensus établi (sans discussion)</u>
<p>D'accord.</p> <p><i>D'accord. Cependant, le problème « significatif » est lié au trouble mental. Ainsi, une personne dont la condition par rapport au trouble mental est stabilisée, mais qui présente des besoins de soins découlant d'un problème de santé physique tel que le diabète par exemple, obtient les services comme tout autre citoyen.</i></p> <p><i>Exemple discuté : Personne souffrant d'un trouble anxieux, avec la phobie des centres hospitaliers et qui a besoin de s'y rendre pour ponctions veineuses en vue de contrôler un diabète. Elle n'est pas confinée à la maison. Une demande est faite à l'équipe que pour répondre aux besoins des prélèvements sanguins. Dans cette situation ce service n'apparaît pas du ressort de l'équipe santé mentale.</i></p>	<p><u>Consensus à consolider</u></p> <p><b>Remplacer :</b></p> <p><b>« aux besoins des personnes atteintes d'un trouble mental grave présentant un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales »</b></p> <p><b>Par</b></p> <p><b>« aux besoins des personnes grave présentant un problème significatif dans les sphères clinique ou sociale lié à un trouble mental grave »</b></p>

ET AINSI DE SUITE...

**Annexe 16**

**Lettre de convocation des membres à l'entrevue  
d'appréciation du processus de recherche**

4 février 2005

Aux membres de l'équipe de base en santé mentale  
CLSC de l'Estuaire

Madame (*Mylène...*)  
Madame (*Anne...*)  
Madame (*Véronique...*)  
Monsieur (*François...*)  
Madame (*Diane...*)  
Monsieur (*Raphaël...*)

Monsieur (*Carl...*)  
Madame (*Fannie...*)  
Monsieur (*Simon...*)  
Madame (*Sonia...*)  
Madame (*Stéphanie...*)

OBJET :       Modèle d'intervention de première ligne en santé mentale : Étude de cas

---

Chères collègues  
Chers collègues

Il me fait plaisir de vous faire parvenir le Modèle d'intervention de première ligne en santé mentale issu de l'étude de cas à laquelle vous avez généreusement participé. La version que je vous remets comporte deux parties : 1) Le modèle d'intervention et 2) Les impasses et points de vue. Je remets à madame France Lambert plusieurs exemplaires d'une autre version qui ne contient que la première partie.

Tel que convenu, la dernière étape consiste à vous consulter dans le but de connaître votre appréciation globale du processus réalisé dans le cadre de cette étude inspirée de l'évaluation de quatrième génération (Guba et Lincoln, 1989).

Cette rencontre se tiendra à (*coordonnées*) à 15h00. Il me fera plaisir de vous y accueillir. J'introduirai monsieur Léon Harvey qui réalisera cette dernière entrevue de groupe afin d'éviter les biais qui risqueraient d'être introduits dans cette partie de la collecte de données si j'animais moi-même cette rencontre ou si j'y étais présente. Des consignes spécifiques vous seront données sur place.

Vous trouverez ci-joint un rappel des questions posées et des étapes accomplies. Veuillez prendre note que le café et autres breuvages seront disponibles.

Au plaisir de vous rencontrer,

---

Claire Page  
Étudiante au Doctorat en sciences biomédicales (psychiatrie sociale)  
Université de Montréal

## **Annexe 17**

### **Guide d'entrevue de la dernière rencontre : appréciation du processus de recherche**

## PAR LA CHERCHEURE (NOTE DE LA CHERCHEURE)

De l'année 2001 jusqu'à la fin de l'année 2004, vous avez participé à un projet de recherche visant à expliciter votre modèle d'intervention, et si possible, à le consolider. Au début de la recherche, l'équipe existait depuis 3 ans. Beaucoup de choses avaient été mises en place, mais il semblait, pour la plupart d'entre vous, qu'il restait beaucoup à faire pour arriver à un modèle d'intervention clairement défini, cohérent, ralliant tous les membres de votre équipe. Dans les écrits, on avait vu le peu de documentation sur les modèles de 1<sup>ère</sup> ligne à part le SIM.

Sur la feuille que je vous remets, je vous rappelle les questions de la recherche :

Laissez-moi vous rappeler brièvement les grandes étapes que vous avez accomplies.

- 1) Vous avez partagé lors d'une entrevue individuelle vos perceptions sur différents éléments de votre modèle : comment on devrait le nommer, en quoi il consiste essentiellement, les valeurs, les besoins auxquels vous voulez répondre, vos interventions comme tel. Les résultats de ces entrevues vous ont été présentés dans une entrevue de groupe.
- 2) Je vous ai présenté l'ensemble des points de vue exprimés par la quasi-totalité de vos partenaires du réseau de la santé et de la communauté en vue d'alimenter vos réflexions.
- 3) Je vous ai présenté des idées, des modèles provenant des écrits, d'expériences ou de cadres extérieurs à votre équipe.
- 4) Vous avez pour une 2<sup>ième</sup> fois participé à une entrevue individuelle pour voir si le modèle que vous aviez décrit dans un 1<sup>er</sup> temps était toujours actuel, et comment, selon vous, il pourrait être amélioré à la lumière de toutes les nouvelles informations que vous disposiez. Les résultats obtenus à ce 2<sup>ième</sup> tour vous ont été présentés.
- 5) Vous avez participé de façon très active à une série de rencontres de négociation. Vous avez révisé en détails l'énonciation du modèle, apporté des changements. Les points demeurés en litiges sont décrits, comme il se fait normalement dans ce genre d'étude. Une dernière version de votre modèle vient de vous être remise.

L'entrevue d'aujourd'hui vise à faire une évaluation globale de tout ce processus auquel vous avez pris part. Ce n'est pas moi qui vais la faire cette fois. Je remets les armes à mon collègue, Monsieur Harvey, qui est professeur à l'uqar. Je vous souhaite donc une belle heure.

## MODÈLE D'INTERVENTION DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE

### DOCUMENT REMIS AUX MEMBRES DE L'ÉQUIPE LORS DE LA RENCONTRE

Dans cette étude, nous avons cherché à savoir :

1. Quelles sont la nature et les caractéristiques du modèle d'intervention de l'équipe de base en santé mentale du CLSC de l'Estuaire ?
2. Quels sont les aspects du modèle qui fonctionnent le mieux, ceux qui pourraient être améliorés, et comment ils pourraient l'être ?
3. Le cas échéant, comment la nature et les caractéristiques du modèle d'intervention de l'équipe seront-elles transformées au cours du processus de reconstruction ?
4. Comment *un processus de reconstruction inspiré de l'évaluation de quatrième génération* peut-il aider une équipe de base en santé mentale à consolider son modèle d'intervention ?

Ce type d'étude évaluative s'inscrivait dans une approche formative, c'est-à-dire que le but était de porter un jugement sur la valeur intrinsèque de l'intervention (sa nature, son essence), de voir si celle-ci pourrait être améliorée et, le cas échéant, comment elle pourrait l'être. Nous n'avons pas cherché à évaluer la valeur extrinsèque de l'intervention sur le plan de l'atteinte de résultats ou d'une conformité à des standards quelconques.

Les étapes que vous avez accomplies sont les suivantes :

- 1) Vous avez participé à une entrevue individuelle visant à connaître vos perceptions sur différents éléments de votre modèle d'intervention : en quoi il consiste essentiellement, les valeurs à sa base, les besoins considérés, les interventions produites. Les résultats de ces entrevues vous ont été présentés dans une entrevue de groupe.
- 2) Vous avez examiné les points de vue exprimés par presque la totalité de vos partenaires du réseau de la santé et de la communauté.
- 3) Vous avez pris connaissance d'idées, de modèles provenant des écrits, d'expériences ou de cadres extérieurs à votre équipe.
- 4) Vous avez pour une deuxième fois participé à une entrevue individuelle visant à vérifier si le modèle décrit au départ était toujours actuel et comment celui-ci pourrait être amélioré à la lumière de toutes les nouvelles informations. Les résultats obtenus à ce deuxième tour vous ont été présentés lors d'une entrevue de groupe.
- 5) Lors d'une série de rencontres de négociation, vous avez révisé en détails l'énonciation du modèle, apporté des changements. Les points demeurés en litiges sont décrits.

Toutes ces données sont colligées dans des documents écrits qui vous ont été remis au fur et à mesure. Maintenant, nous aimerions connaître votre appréciation globale de la démarche effectuée. Nous vous remercions bien sincèrement de participer à cette dernière entrevue !

## **GUIDE D'ENTREVUE : DERNIÈRE RENCONTRE APPRÉCIATION DE PROCESSUS DE RECHERCHE**

Le processus de recherche auquel vous avez participé a-t-il permis à votre équipe de :

- Préciser son modèle d'intervention? Si oui, de quelle façon?
- Le consolider? Si oui, de quelle façon ?

Votre équipe se reconnaît-elle dans l'énoncé du Modèle d'intervention produit?

Le processus de recherche a-t-il permis à votre équipe d'augmenter ses connaissances par rapports :

- Aux différents points de vue entretenus par chacun d'entre vous?
- À des expériences ou des études provenant de l'extérieur?

Votre démarche ou les résultats obtenus soulèvent-ils

- Des questions pouvant faire l'objet de recherches ultérieures? Si oui, lesquelles?
- De l'intérêt pour acquérir de nouvelles connaissances? Si oui, sur quels aspects?

À ce jour, votre équipe a-t-elle utilisé l'énoncé du modèle d'intervention? Ou prévoyez-vous l'utiliser dans un avenir rapproché? Comment?

Votre participation à cette étude vous a-t-elle entraîné des changements concrets dans la pratique? Si oui, pouvez vous donner des exemples. Si non pouvez-vous expliquer.

Le fait de participer à cette étude a-t-il permis à votre équipe d'exercer un plus grand pouvoir sur la transformation de votre modèle d'intervention?

Entrevoyez-vous d'autres gains, bénéfices, ou avantages par rapport à votre implication dans l'étude ?

Y a-t-il des contraintes (sociales, politiques, économiques ou culturelles) ou des difficultés rencontrées dans votre milieu qui, selon vous, ont pu influencer cette démarche?

Vous êtes-vous senti suffisamment impliqués par rapport aux prises de décisions dans l'étude ?

Le climat était-il propice aux échanges? Questions Cette démarche aurait-elle pu être plus efficace ou plus aidante pour vous aider à « consolider » votre modèle d'intervention? Si oui, comment?

Selon vous, est-ce qu'une autre équipe de CLSC aurait avantage à faire une démarche semblable à celle que vous avez réalisée?

Les résultats obtenus par l'étude peuvent-ils selon vous être utiles à d'autres? Si oui, comment?

Si c'était à refaire, accepteriez-vous de vous engager dans une démarche semblable?

**Annexe 18**  
**Unités de codification de départ**



## CODIFICATION

<p><b>HISTORIQUE DE L'ÉQUIPE</b></p> <p><b>DÉFINITION GÉNÉRALE DU MODÈLE</b></p> <p>Nom du modèle But Cible Rôle Sources de difficulté (problèmes) Centre de l'intervention Modes d'intervention Conséquence Intégration dans un système</p> <p>Satisfaisant Non satisfaisant Améliorations</p> <p><b>VALEURS</b></p> <p>Primauté Multidisciplinarité Continuité Accessibilité Confidentialité Collaboration Espoir Efficacité Efficience Créativité Qualité</p> <p><b>BESOINS</b></p> <p>Clientèles</p> <p>Nombre</p> <p>Exclus</p> <p>Besoins</p> <p>Contrôle des symptômes Connaissances Capacités cognitives Habilités sociales Subsistance Soutien Réseau de soutien Espoir Contrôle de sa vie</p>	<p>Rôles significatifs Maintien santé physique Estime de soi Développement de son potentiel Gestion de crises Loisirs</p> <p>Besoins exclus</p> <p>Priorités</p> <p>Vulnérabilité Danger Jeunes Présence d'enfants Absence de réseau</p> <p>Satisfaisant Non satisfaisant Améliorations</p> <p><b>MOYENS</b></p> <p>Intervention</p> <p>Évaluation Orientation Approvisionnement Psychothérapie Soutien Solution de problème Enseignement Soins physiques Accompagnement Suivi pharmacothérapie Conditions favorisantes Dépistage Prévention Intervention crise Intervention indirecte Intervention ponctuelle Groupe Famille Conseiller clinique</p> <p>Caractéristiques du suivi</p> <p>Règles Durée Intensité Lieu Fin</p>	<p>Critères de succès Critères d'échec</p> <p>Étapes Intervenant principal</p> <p>Case load</p> <p>Satisfaisant Non satisfaisant Améliorations</p> <p><b>INTERDISCIPLINARITÉ</b></p> <p>Rôles ou fonctions spécifiques Rôles ou fonctions partagés Travail d'équipe</p> <p>Satisfaisant Non satisfaisant Améliorations</p> <p><b>PARTENARIAT</b></p> <p>Collaborations Équipes du CLSC</p> <p>Psychosociaux adultes Soutien à domicile Jeunesse enfance famille AEO et 24/7</p> <p>Services de deuxième ligne Clinique externe de psychiatrie SIM CH</p> <p>Communautaire ACSM Défense des droits Parents et amis</p> <p>Médecins de famille</p> <p>RRSSS</p> <p>Satisfaisant Non satisfaisant Améliorations</p>
---	---	--

**Annexe 19**  
**Certificat d'éthique**



**Université du Québec à Rimouski**

300, allée des Ursulines, Rimouski  
Québec, Canada  
G5L 3A1  
Téléphone: (418) 724-1540  
Télécopieur: (418) 724-1525

Bureau du doyen des études  
avancées et de la recherche

## **RÉSOLUTION CDUQAR-24-12**

**Concernant** le projet présenté par madame Claire Page intitulé « Modèle d'intervention d'une équipe de base en santé mentale en CLSC : une étude de cas ».

---

**Considérant** les normes et les principes en vigueur dans la Politique de déontologie de la recherche avec des êtres humains de l'UQAR (C2-D32);

**Considérant** que la projet de madame Claire Page respecte globalement cette politique;

**Sous réserve** de prévoir une personne compétente, à l'extérieur du groupe de recherche, pour venir en aide aux usagers qui pourraient en avoir besoin à tout moment dans le processus;


**Sur proposition** de madame Marie Beaulieu,

**appuyée par** monsieur Claude Lassus,

## **IL EST RÉSOLU**

que le Comité de déontologie de l'Université du Québec à Rimouski approuve le projet de madame Claire Page intitulé « Modèle d'intervention d'une équipe de base en santé mentale en CLSC : une étude de cas ».

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ.**

  
Claudine Desrosiers  
Secrétaire de l'assemblée  
Bureau du doyen des études avancées  
et de la recherche

2000-12-08

